**Vormerkung**

**Kindertagesstätte Kinderburg**

Große Kapellenstr. 26, 67105 Schifferstadt

Tel: 06235 92 55 40, E-Mail: kita-kinderburg@schifferstadt.de

Leitung: Sabine Lepschy

**Personalien des Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:       | Vorname:       |
| Geburtsdatum :       | Staatsangehörigkeit:       |
| Wohnort:       | Straße:       |
| Muttersprache:       | Zweitsprache:       |
| Geschlecht:       |  |

**Personalien der Mutter**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:       | Vorname:       |
| Wohnort:       | Straße:       |
| Tel. privat:       | Tel. tagsüber:       | Email:       |
| Alleinerziehend: [ ]  ja [ ]  nein | Elternzeit bis:       |
| Berufstätig: [ ]  nein [ ]  ja [ ]  Vollzeit [ ]  Teilzeit, Anzahl der Std. **täglich**        |

**Personalien des Vaters**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:       | Vorname:       |
| Wohnort:       | Straße:       |
| Tel. privat:       | Tel. tagsüber:       | Email:       |
| Alleinerziehend: [ ]  ja [ ]  nein | Elternzeit bis:       |
| Berufstätig: [ ]  nein [ ]  ja [ ]  Vollzeit [ ]  Teilzeit, Anzahl der Std. **täglich**        |

**Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme: (bitte hier das gewünschte Datum eintragen)**

**Gewünschtes Betreuungsangebot (bitte ankreuzen):**

Ab dem Alter von 1 Jahr [ ]  Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung

Ab dem Alter von 2 Jahren [ ]  Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung

Ab dem Alter von 3 Jahren [ ]  Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung

Ab dem Schuleintritt [ ]  Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung

Ist Ihr Kind in anderen Einrichtungen angemeldet: [ ]  ja [ ]  nein

**Mir ist bekannt, dass mit dieser Vormerkung keine Zusage zur Aufnahme verbunden ist.**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:      | Unterschrift  |

**Bitte melden Sie Ihr Kind persönlich bei der Kita-Leitung an.**