

# Vormerkbogen Kindertagesstätte am Wald

Wohlfahrtsweg 1  
67105 Schifferstadt  
Leitung: Nina Wisniewski  
Tel: 06235 49306-0  
E-Mail: [kitaamwald@schifferstadt.de](mailto:kitaamwald@schifferstadt.de)



## Personalien des Kindes

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:	
Wohnort:	Straße, Hausnr.:	
Muttersprache:	Zweitsprache:	Geschlecht:

## Personalien der Mutter

Name:	Vorname:	
Wohnort:	Straße, Hausnr.:	
Tel. privat:	Tel. tagsüber:	E-Mail:
Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Elternzeit bis:	
Berufstätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, Anzahl der Std. <b>täglich:</b>		

## Personalien des Vaters

Name:	Vorname:	
Wohnort:	Straße, Hausnr.:	
Tel. privat:	Tel. tagsüber:	E-Mail:
Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Elternzeit bis:	
Berufstätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, Anzahl der Std. <b>täglich:</b>		

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

**Gewünschtes Betreuungsangebot (bitte ankreuzen):**

Ab dem Alter von 2 Jahren  Ganztags / bis zu 9 Std. / mit Verpflegung (07:00 - 16:00 Uhr)

Ist Ihr Kind in anderen Einrichtungen vorgemerkt:  ja  nein

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

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------