

Vormerkbogen

Kindertagesstätte Rettichnest

Am Sportzentrum 7
67105 Schifferstadt
Leitung: Johannes Becker
Tel: 06235 49 14 30
E-Mail: kitarettichnest@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: ☐ ja ☐ nein		Elternzeit bis:	
Berufstätig: ☐ nein ☐ ja ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit, Anzahl der Std. täglich:			

Personalien des Vaters

Name:		Vorname:	
Wohnort:		Straße, Hausnr.:	
Tel. privat:	Tel. tagsüber:	E-Mail:	
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 2 Jahr ☐ Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung (07:00 - 17:00 Uhr)

Bitte den genauen Betreuungsbedarf angeben: von: _____ bis _____ Uhr

Bemerkungen:

Teilzeit/ 7 Std. Betreuungszeit mit Verpflegung (07:00 - 14:00 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:
-------------	---------------