

Vormerkung

Kindertagesstätte Großer Garten

Max-Liebermann-Str. 5, 67105 Schifferstadt
Tel: 06235 45876-0, E-Mail: kita-grossergarten@schifferstadt.de
Leitung: Ulrike Künzel

Personalien des Kindes

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Wohnort:	Straße:
Muttersprache:	Zweitsprache:

Personalien der Mutter

Name:		Vorname:	
Wohnort:		Straße:	
Tel. privat:	Tel. tagsüber:	Email:	
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. täglich: _____		

Personalien des Vaters

Name:		Vorname:	
Wohnort:		Straße:	
Tel. privat:	Tel. tagsüber:	Email:	
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. täglich: _____		

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

Gewünschtes Betreuungsangebot (bitte ankreuzen):

Ab dem Alter von 1 Jahr	<input type="checkbox"/> Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung
Ab dem Alter von 2 Jahren	<input type="checkbox"/> Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung
	<input type="checkbox"/> Teilzeit / 7 Std. Betreuungszeit mit Verpflegung
	<input type="checkbox"/> Teilzeit / 7 Std. Betreuungszeit ohne Verpflegung
Ab dem Alter von 3 Jahren	<input type="checkbox"/> Ganztags / bis zu 10 Std / mit Verpflegung
	<input type="checkbox"/> Teilzeit / 7 Std. Betreuungszeit mit Verpflegung
	<input type="checkbox"/> Teilzeit / 7 Std. Betreuungszeit ohne 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.