



Evangelische Kindertageseinrichtung ‚Kleine Arche‘ – Kranichstraße 23a – 47441 Moers Telefon 02841 – 22486
e-mail: kita-kleinearche@kgm-moers.de

Anmeldung-Nr.

Datum:

Name Vorname männl.
 weibl.

Anschrift geb. am

Konfession Staatsang. Muttersprache

Buchungszeit 25 Std. 35 Std. 45 Std.
 Block
 geteilt

gewünschtes Aufnahmealter:

Gruppenform:

Mutter

Name Vorname

Anschrift geb. am

Konfession Staatsang. Muttersprache

berufstätig Elternzeit nicht berufstätig

Tel. privat Handy-Nr. dienstl.

Alleinerziehend

Vater

Name Vorname

Anschrift geb. am

Konfession Staatsang. Muttersprache

berufstätig Elternzeit nicht berufstätig

Tel. privat Handy-Nr. dienstl.

Alleinerziehend

Geschwisteranzahl

Folgende Geschwisterkinder wurden in dieser Kindertageseinrichtung betreut:

.....
.....
.....

Besonderheiten des aufzunehmenden Kindes und wichtige Lebensumstände der Familie

.....
.....
.....
.....

- hauptamtlich in der Gemeinde tätig
- ehrenamtlich in der Gemeinde tätig

Angemeldet bei:

Hiermit bestätige ich/wir die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Zum Zweck der Bedarfserhebung sind wir damit einverstanden, dass die Daten an das zuständige Jugendamt weitergeleitet werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten