

Anmeldung für die „Inklusive Kita der Stadt Unkel“
in Kooperation mit dem HTZ Neuwied



Aufnahmewunsch zum: _____

Kind:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Bekenntnis: _____

Straße, Nr.: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

vorrangige Familiensprache: _____

Krankenkasse: _____

versichert durch: _____

Medikamente: _____

Besonderheiten:

gewünschte Betreuungszeit: 7 – 14 Uhr 7 – 16 Uhr *

Eltern / Erziehungsberechtigte:

Name (falls abweichend vom Kind):

Name (falls abweichend vom Kind):

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Bekenntnis: _____

Bekenntnis: _____

Familienstand: _____

Familienstand: _____

Straße, Nr., Wohnort (falls abweichend vom Kind):

Straße, Nr., Wohnort (falls abweichend vom Kind):

E-Mail-Adresse (privat):

E-Mail-Adresse (privat):

Beruf: _____

Beruf: _____

Vollzeit / Teilzeit

Vollzeit / Teilzeit

Ich bin:

Ich bin:

- sorgeberechtigt für das Kind? ja / nein

- sorgeberechtigt für das Kind? ja / nein

- Notfallkontakt? ja / nein

- Notfallkontakt? ja / nein

Geschwister: (Daten weiterer Geschwister bitte auf der Rückseite notieren!)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r