

# Anmeldebogen

Ev. Kita Rupelrath  
Gillicher Straße 29a  
42699 Solingen  
Träger: Bethanien Diakonissen-Stiftung



## 1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich Familiensprache: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Herkunftsland: \_\_\_\_\_  
Familienstand der Eltern: \_\_\_\_\_ Kinder ID: \_\_\_\_\_

## 3. Besondere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten

Bei Unterzeichnung des Betreuungsvertrages muss ein Nachweis über eine Masern Impfung vorgelegt werden.

Allergien: \_\_\_\_\_ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
Krankheiten: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## 4. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes  
Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
Gewünschte  
Betreuungszeit:  35 WSt. (Blockzeit)  45 WSt. Mittagessen in der  
Einrichtung:  Ja

## 5. Angaben zur Familie

**Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_ Alleinerziehend: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Berufstätig?  ab wann: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_ Alleinerziehend: \_\_\_\_\_  
Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Berufstätig?  ab wann: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Weitere abholberechtigte Personen: \_\_\_\_\_  
Geschwister:  Ja  Nein Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

\*Ich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten unseres/ meines Kindes (Name, Geburtsdatum und Wohnort) zu Planungszwecken bzw. Feststellung des Bedarfes an Kindergartenplätzen dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.

Datum, Ort und Unterschrift  
der/ des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_