



**Antrag zur Aufnahme in der Ev. Kindertagesstätte  
Familienzentrum „Unterm Himmelszelt“**

Angaben zum Kind:

Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ m.  w.  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Angaben zu den Eltern

Name d. Vaters: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Name d. Mutter \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Alleinerziehend ja  nein   
Das **Sorgerecht** obliegt den Eltern \_\_\_\_ der Mutter \_\_\_\_ dem Vater \_\_\_\_ anderen \_\_\_\_\_

Angaben zu Geschwistern

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre / Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre  
Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre / Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Sonstiges:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_  
Allergien: \_\_\_\_\_

Betreuungsform:

- 25 Std. (7.30 – 12.30 Uhr)  35 Std. Block (7.00 – 14.00 Uhr)  45 Std. ( 6.45 – 16.30 Uhr Freitag bis 14.00 Uhr)
- ab 2 Jahre
- ab 3 Jahre

Besonderes

Termin der U7 Untersuchung:

Ich melde mich in der Einrichtung, wenn ich in einem anderen Kindergarten einen Platz bekommen habe.  
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Jugendamt die Anmelde-daten bei Bedarf einsehen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift