

**Anmeldung für das Kinderhaus St. Michael**  
**Am Keltenbogen 6, 82287 Jesenwang**

**Kind**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort/Land:** \_\_\_\_\_

**Ortsteil:** \_\_\_\_\_

**Gemeinde:** \_\_\_\_\_

**Bereits besuchte Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Merkmale des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Kind spricht:** \_\_\_\_\_

**Berechtigungen:**

**Sorge-/Besuchsrecht:** \_\_\_\_\_

**Abholberechtigt:** \_\_\_\_\_

**E- Mail Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geschwister:**

1. Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

3. Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_



## Gesundheit

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Masernschutz vorhanden: ( ) Ja Datum: \_\_\_\_\_

( ) Nein

Gesundheitliche Besonderheit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist zu tun?

\_\_\_\_\_

## Eltern - Bezugspersonen

### Name und Adresse der Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Herkunftsnation: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_



**Name und Adresse des Vaters:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**Telefon Arbeit:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Herkunftsnation:** \_\_\_\_\_

**Bankverbindung**

**BLZ:** \_\_\_\_\_ **Konto - Nr.:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**Bankname:** \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift der Erziehungsberechtigten**



## Betreuungsbuchung

Buchung ab: \_\_\_\_\_ für Krippe ( ) Kindergarten

( ) Integrationsplatz

	von	bis	Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Das Kind nimmt an folgenden Tagen am Mittagessen teil:

Mo  Di  Mi  Do  Fr

Das Kind erfüllt die Kriterien für folgende Gewichtung:

	Kind unter drei Jahren
	Kind von drei Jahren bis Schuleintritt
	Kind ab dem Schuleintritt
	Kind, dessen Eltern beide nicht deutschsprachiger Herkunft sind. (Nachweis liegt bei)
	Kind mit Behinderung oder von Behinderung bedroht. (Nachweis liegt bei)

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberichtigte: \_\_\_\_\_