

Anmeldebogen

FGTS Homburg Einöd

Im Wieschen 7a

66424 Homburg

Träger: Verbund Prot. Kindertagesstätten in der Stadt Zweibrücken



1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____
Nachname: _____ PLZ: _____
Geburtsort: _____ Ort: _____

2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____ Staatsangehörigkeit: _____
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich Familienstand der Eltern: _____
☐ divers _____
Konfession: _____ Familiensprache: _____
Geschwister: ☐ Ja ☐ Nein Anzahl: _____ Alter: _____

3. Besondere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten

Allergien: _____ Unverträglichkeiten: _____
Krankheiten: _____ Medikamente: _____
Kinderarzt*: _____ Krankenkasse*: _____

4. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten/ Abholberechtigten

Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter: _____
Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession*: _____ Email*: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Beruf*: _____
Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter: _____
Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession*: _____ Email*: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Beruf*: _____

Weitere abholberechtigte Personen: _____

5. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes
Aufnahmedatum: _____ / _____ (Monat/ Jahr) Mittagessen in der Einrichtung: ☐ Ja
Gewünschte
Platzstruktur
(Betreuungszeit): _____

* Freiwillige Angaben

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: _____