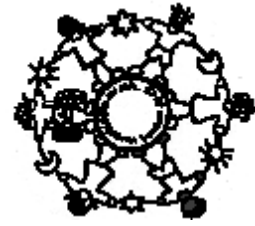


Kath. Integrationskindergarten/Krippe St. Pankratius
Schwimmbadstr. 20
83242 Reit im Winkl

Tel.: 08640/8566
Fax: 08640/797833
E-Mail: st-pankratius.reit-im-winkl@kita.ebmuc.de



Unverbindliche Voranmeldung:

Hiermit möchte ich mein Kind

_____ Name des Kindes

für die Kinderkrippe (1-3 Jahre) : _____

für den Kindergarten (3-6 Jahre) _____

ab September..... anmelden.

Die Zusage für einen Platz erhalten Sie schriftlich.

Ihren endgültigen Betreuungs- und Buchungsvertrag erhalten Sie jeweils beim Anmeldegespräch oder Schnuppertag.

Kind

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Gemeinde: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Geschlecht: männlich ____ weiblich ____ **Herkunftsnationalität:** _____

Konfession: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Gesundheitliche Besonderheit (Allergien): _____

Letzte Tetanusimpfung: _____

Masernschutzimpfung: 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____

Bereits besuchte Einrichtungen: _____

Beide Eltern haben das gemeinsame Sorgerecht ___ja ___nein

Personensorgerecht des Kindes hat ___Mutter ___Vater

(bei Alleinerziehenden bitte eine Sorgerechtserklärung beifügen)

Geschwister: _____

Wir buchen für das Kindergarten-/Krippenjahr: _____
folgende Zeiten

	Zeiten von	bis	Mittagessen
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Abholberechtigt: Name / Anschrift

Um eine regelmäßige Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder in der Kindertageseinrichtung sicherzustellen, wird in der Krippe eine Mindestbuchungszeit von 3 Tagen pro Woche (aneinander) festgelegt.

Die Schließtage betragen max. 30 Arbeitstage im Jahr. + 5 Schließtage Teamfortbildung.

Bedenken Sie bitte, dass Sie für die Eingewöhnungsphase Ihres Kindes in der Krippe mindestens 2 –3 Wochen Zeit einplanen müssen, d. h. ein Elternteil muss täglich vor Ort sein. .

Die Zusage für den Kindergarten- oder Krippenplatz erhalten Sie schriftlich.

Ort und Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Mutter

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Herkunftsnationalität: _____

Berufstätigkeit: ja ___ nein ___ Täglich von _____ bis _____

Vater

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Herkunftsnationalität: _____

Berufstätigkeit: ja ___ nein ___ Täglich von _____ bis _____

