



## Anmeldebogen

(Monat, Jahr)

### 1. Personalien des Kindes:

Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

### 2. Personalien der Mutter:

Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  verheiratet  alleinstehend  sonstiges  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: Privat \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

### 3. Personalien des Vaters:

Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  verheiratet  alleinstehend  sonstiges  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: Privat \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

**4. Geschwister:**

Vorname: _____	geb. am: _____

**5. Gesundheit:**

Name und Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Versichert bei (Elternteil): \_\_\_\_\_

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

**6. Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand des Kindes:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Weitere wichtige Informationen über Kind und Familie:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Das Kind bekam in der Kita bzw. bekommt zusätzliche Leistungen**

**(Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie etc.) ab ..... (Bitte Jahr eintragen von – bis!):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Wer ist im Notfall zuerst zu informieren/erreichbar:**

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten müssen der Einrichtung umgehend schriftlich bekannt gegeben werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Mutter/  
Erziehungsberechtigte/  
Personen-/ Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Kindvaters/  
Erziehungsberechtigter/  
Personen-/ Sorgeberechtigter