

# Anmeldebogen für die Aufnahme in die kath. Kindertageseinrichtung

Träger: Kath. Kirchengemeinde St. Pankratius u. St. Marien  
Kirchplatz 12a, 48712 Gescher  
Verbundleitung: Ingrid Schnieder  
Tel.: 02542 - 8789613 / Email: schnieder-i@bistum-muenster.de



## Bitte gewünschte KiTa ankreuzen (oder nach Priorität nummerieren):

- St. Maria Goretti (2 - 6 Jahre)     St. Ludgerus (1 - 6 Jahre)     St. Marien (2 - 6 Jahre)     St. Pankratius (2-6 Jahre)  
Westfalenring 24                      Nordkamp 2                      Auf der Twente 1                      Kirchplatz 14

## 1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich     weiblich Familienstand der Eltern: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Familiensprache: \_\_\_\_\_

## 3. Besondere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten

Allergien: \_\_\_\_\_ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
Krankheiten: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## 4. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
Gewünschte Betreuungszeit:  25 WSt. (vormittags)     35 WSt. (geteilt)     35 WSt. (Blockzeit)     45 WSt. (Ganztags)  
Mittagessen in der Einrichtung    Mittagessen in der Einrichtung

## 5. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten/ Abholberechtigten

**Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geschwister:  Ja     Nein    Anzahl: \_\_\_\_    Alter: \_\_\_\_\_

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