

Anmeldebogen/.....

für die Aufnahme in einer
heilpädagogischen Kleingruppe
Montag bis Freitag von 8.00 Uhr - 14.00 Uhr

Am Lindhof 1
28857 Syke
fon 0 42 42 – 16 39 55
mail: kunterbunt@lebenshilfe-syke.de

Name des Kindes _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____

männlich weiblich **Staatsangehörigkeit** _____

Aufnahme in

Erstwunsch **Zweitwunsch**

Benötigte Betreuungszeit von montags bis freitags von **Uhr bis** **Uhr**

Das Kind lebt bei

den Eltern der Mutter dem Vater den Großeltern Pflegeeltern Anderen

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht Sorgerecht ist.....

Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist der Antrag von beiden Sorgerechtigten zu unterschreiben.
(Falls die Unterschrift des zweiten Sorgerechtigten verweigert wird bzw. Aufgrund der räumlichen Trennung nicht eingeholt werden kann, ist in jedem Fall die Anschrift des zweiten Sorgerechtigten anzugeben)

Sorgerechtigter Mutter

Sorgerechtigter Vater

Vor- und Familienname _____

Anschrift _____

Staatsangehörigkeit _____

Telefon/Handy- Nr. (privat) _____

Telefon dienstlich _____

E-Mail-Adresse _____

Art der Beschäftigung der Eltern:

Mutter	<input type="checkbox"/>	keine/Arbeitslos	Vater	<input type="checkbox"/>	keine/Arbeitslos
	<input type="checkbox"/>	Elternzeit bis		<input type="checkbox"/>	Elternzeit bis
	<input type="checkbox"/>	voll berufstätig		<input type="checkbox"/>	voll berufstätig
	<input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/> Vormittag		<input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/> Vormittag
		Berufstätig <input type="checkbox"/> Nachmittag			Berufstätig <input type="checkbox"/> Nachmittag
	<input type="checkbox"/>	Schul- oder Berufsausbildung		<input type="checkbox"/>	Schul- oder Berufsausbildung
	<input type="checkbox"/>	geplante Berufstätigkeit ab		<input type="checkbox"/>	geplante Berufstätigkeit ab

Arbeitszeit von ... bis Uhr _____

Bitte wenden!

Geschwister

Name	Geburtsdatum	Geschlecht
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bisherige Betreuung
(Spielkreis, Frühförderung, etc.) _____

Haus- oder Kinderarzt _____

Bisherige therapeutische Versorgung _____

Besondere Aufnahmegründe

Keine
 Entwicklungsrückstand des Kindes: Sprache Bewegung Verhalten
Muttersprache des Kindes _____

Auffälligkeiten laut Vorsorgeheft (U7, U8, oder U9)

(Vorsorgeheft oder Kopie U7-U8-U9 bitte zum Anmeldegespräch mitbringen)

Soziale Gesichtspunkte _____

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten
Mutter

Unterschrift des Sorgeberechtigten
Vater

Alle Angaben werden nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt.

Hinweis

Bitte vereinbaren Sie rechtzeitig einen Termin für das Anmeldegespräch mit uns. Bei diesem Anmeldegespräch sollte Ihr Kind nach Möglichkeit dabei sein. Bitte die Anmeldung bis zum 31. Januar vor Beginn des Kindertagesstättenjahres in dieser Einrichtung abgeben.

Von der Kindertagsstätte auszufüllen:

Antrag auf Übernahme der Kosten mitgegeben ja nein

Anmeldegespräch hat stattgefunden am