



59229 Ahlen Kurt-Schumacher Str. 2
 Tel:(02382) 72146
 Fax:(02382) 7665723
 e-mail:ham-kita-jona-ahlen@kirchenkreis-hamm.de
 www.kita-jona-ahlen.de

Anmeldung

Angaben zum Kind

Name, Vorname:	Kinderarzt, Adresse:
Geburtsdatum, Ort:	Krankenkasse:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Ihr Kind ist versichert durch: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Konfession:	Besucht Ihr Kind eine Kindertageseinrichtung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Staatsangehörigkeit:	Hat Ihr Kind eine Entwicklungsverzögerung oder eine Behinderung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
PLZ, Wohnort:	
Straße, Hausnummer:	Familiensprache:
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>

Betreuungsangebote

45,0 Std.	Mo.-Do: 7:15 - 16:30 Uhr Fr.: 7:15 - 15:15 Uhr	<input type="checkbox"/>
35,0 Std.	Mo.-Do: 7:15 - 12:15 Uhr und 14:00 - 16:30 Uhr Fr: 7:15 - 12:15 Uhr	<input type="checkbox"/>
35,0 Std. - Block	Mo.-Fr: 7:15 - 14:15 Uhr	<input type="checkbox"/>
25,0 Std.	Mo.-Fr: 7:15 - 12:15 Uhr	<input type="checkbox"/>
Einzelinklusion	Je nach Wahl der Stundenbetreuung	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Mutter**Angaben zum Vater**

Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Konfession:		Konfession:	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	
PLZ, Wohnort:		PLZ, Wohnort:	
Straße, Hausnummer:		Straße, Hausnummer:	
Telefon: Handy:		Telefon: Handy:	
Muttersprache:		Muttersprache:	
Krankenkasse:		Krankenkasse:	
Beruf, Arbeitsstelle:		Beruf, Arbeitsstelle:	
<input type="checkbox"/>	Vollzeit	<input type="checkbox"/>	Vollzeit
<input type="checkbox"/>	Teilzeit	<input type="checkbox"/>	Teilzeit
<input type="checkbox"/>	Elternzeit	<input type="checkbox"/>	Elternzeit
<input type="checkbox"/>	Schule/ Ausbildung/ Studium	<input type="checkbox"/>	Schule/ Ausbildung/ Studium
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	nicht erwerbstätig
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Familienstand		Familienstand	
<input type="checkbox"/>	verheiratet	<input type="checkbox"/>	verwitwet
<input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>	alleinerziehend
<input type="checkbox"/>	getrenntlebend	<input type="checkbox"/>	alleinerziehend
<input type="checkbox"/>	geschieden	<input type="checkbox"/>	

Anmeldetermine und Hausbesichtigungen erhalten Sie persönlich oder telefonisch bei der Leitung Frau Julia Raberg (Tel: 02382-72146). Bitte nutzen Sie auch die Möglichkeit einer Hospitation zusammen mit ihrem Kind.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Wir vergleichen unsere Anmeldungen mit denen benachbarter Einrichtungen, um eine doppelte Platzvergabe zu vermeiden. Im Falle eines Umzugs teilen Sie uns unverzüglich ihre neue Adresse und Telefonnummer mit. Ihre Unterschrift bestätigt die Richtigkeit aller Angaben. Im Falle einer Zusage werden Sie schriftlich von der Leitung benachrichtigt.

 Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten