

# KINDERGARTENANMELDUNG

## BITTE UNBEDINGT ALLES AUSFÜLLEN

GEWÜNSCHTER KINDERGARTEN: \_\_\_\_\_

GEWÜNSCHTER ANNAHMETERMIN: \_\_\_\_\_

GEWÜNSCHTE BETREUUNGSZEIT:

**(WELCHER KINDERGARTEN WELCHE BETREUUNGSZEIT ANBIETET  
SEHEN SIE AUF DEM BEILIEGENDEN HANDZETTEL)**

- 7.00 Uhr –13.00 Uhr
- 7.30 Uhr – 13.30 Uhr
- 8.00 Uhr - 12.00 Uhr und 13.30 Uhr –16.00 Uhr
- 8.30 Uhr – 12.30 Uhr
- Ganztagesbetreuung (nur im Kiga Oettingerhaus)
- Betreuung Kinder 2-3 Jahre

Anmerkung: Für den Fall der Überlegung müssen sich die Träger  
die Aufnahme in einen anderen Kindergarten vorbehalten

DENKBARER ANDERER  
KINDERGARTEN: \_\_\_\_\_

Murrhardt, den

-----  
(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

## 1. Angaben über das Kind

Name: ..... Vorname: .....  
Geb. am: ..... In: .....  
Konfession: ..... Staatsangehörigkeit: .....  
Wohnort und Straße: .....  
Telefon: .....  
Aufnahme am: ..... Abgang am: .....  
Hausarzt des Kindes: Name: .....  
Anschrift: .....  
Telefon: .....  
Krankenkasse, bei der das Kind mitversichert ist: .....

## 2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Name des **Vaters:** .....  
Beruf: ..... Arbeitsstätte: .....  
Konfession: ..... Staatsangehörigkeit: .....  
Wohnort und Straße: .....

Name der **Mutter:** .....  
Beruf: ..... Arbeitsstätte: .....  
Konfession: ..... Staatsangehörigkeit: .....  
Wohnort und Straße: .....

### In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Privat: .....  
Am Arbeitsplatz: .....

Sonstige Angaben (z.B. geschieden, getrennt lebend):  
.....  
.....

## 3. Weitere in der Familie lebende Kinder unter 18 Jahren:

Anzahl der Kinder: .....  
  
Vorname: ..... geb. am: .....  
Vorname: ..... geb. am: .....  
Vorname: ..... geb. am: .....  
Vorname: ..... geb. am: .....

## 4. Überstandene Krankheiten:

(Zutreffendes unterstreichen)

Masern – Keuchhusten – Scharlach – Diphtherie – übertragbare Kinderlähmung – Mumps  
– Röteln – Windpocken

Sonstige Krankheiten: .....  
.....

## 5. Impfungen:

(jeweils Datum angeben)

Tetanus: 1. Impfung am: .....  
2. Impfung am: .....  
3. Impfung am: .....

### Sonstige Impfungen:

Diphtherie: .....  
.....

## Weitere Bemerkungen:

.....  
.....  
.....