

(wird von den Fachkräften der Kita ausgefüllt)

Gesprächsteilnehmer seitens der Kita:			
besteht weiterhin Interesse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Besichtigungstermin:



Persönliche Daten des Kindes

Name, Vorname:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:		Herkunftsland:	
Familiensprache:		Konfession:	
Straße, Hausnr.:			
PLZ Ort:			

Daten zur Aufnahme

Grund der Aufnahme:	<input type="checkbox"/> alleinerziehend + berufstätig	<input type="checkbox"/> Integration
	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit beider Elternteile	<input type="checkbox"/> Migrationshintergrund
Stundenkontingent:	<input type="checkbox"/> 35 Stunden oder <input type="checkbox"/> 45 Stunden	
Aufnahme zu wann gewünscht:		

Persönliche Daten des Sorgeberechtigten / Erziehungsberechtigten 1

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Familienstand:	
evtl. abweichende Straße, Hausnr.:			
PLZ Ort:		Telefon:	
Email:		Mobil-Telefon:	
Arbeitgeber / Beruf:			
Dienstzeiten:			

Wir LEBEN SPORT!

Persönliche Daten der Sorgeberechtigten / Erziehungsberechtigten 2

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Familienstand:	<input type="text"/>
Evtl. abweichende Straße, Hausnr.:	<input type="text"/>		
PLZ Ort.:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Mobil-Telefon:	<input type="text"/>
Arbeitgeber / Beruf:	<input type="text"/>		
Dienstzeiten:	<input type="text"/>		

Persönliche Daten der Geschwisterkinder

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Besucht folgende Einrichtung:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Name, Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Besucht folgende Einrichtung:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d

Unterschriften

Erziehungsberechtigte(r) (1)	<hr/>	
	Ort, Datum	Unterschrift
Erziehungsberechtigte(r) (2)	<hr/>	
	Ort, Datum	Unterschrift

WIR LIEBEN SPORT!