

Anmeldung für die Kindertagesstätte des Klinikums Ernst von Bergmann

Aufnahme soll erfolgen zum: _____

Voraussichtlich bis: _____

Angaben zum Kind:

Name:	
Vorname:	
Geboren am/in:	
Geschlecht:	
Nationalität:	

Betreuungsumfang:

Täglich: <input type="checkbox"/>	von:	bis:	Stundenumfang:
An welchen Tagen in der Woche:		In der Zeit von: bis:	bis 6 Stunden: <input type="checkbox"/> bis 8 Stunden: <input type="checkbox"/> bis 10 Stunden: <input type="checkbox"/>

Was ist uns/mir besonders wichtig?

Besondere Gründe für die Aufnahme?

Angaben zu der/n Bezugsperson/en des Kindes: Mutter Vater weitere wichtige Bezugsperson

Stellung zum Kind: _____

Name/Vorname Mutter (oder Bezugsperson):				
Name/Vorname Vater (oder Bezugsperson):				
Anschrift (des Kindes):				
Telefon:	privat:		Fax:	
	mobil:		mobil:	
Arbeitgeber Mutter:	<input type="checkbox"/> Klinikum und Tochtergesellschaften <input type="checkbox"/> anderer AG: _____ Tel. dienstlich: _____			
Arbeitgeber Vater:	<input type="checkbox"/> Klinikum und Tochtergesellschaften <input type="checkbox"/> anderer AG: _____ Tel. dienstlich: _____			

_____, den _____
 Ort, Datum und Unterschrift des/r Sorgeberechtigten