

Kindertagesstätte „Krabbelkiste e.V.“
Koßmannstr.1
66119 Saarbrücken
Tel: 0681- 5849982



Anmeldung für

_____ (Wunschtermin Monat/Jahr)

Halbtagesplatz ()

Ganztagesplatz ()

1. Personalien des Kindes:

Familiennamen _____

Vorname(n) _____

Geburtsstag _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____ Religion _____

Wohnanschrift: Straße _____

PLZ/ Wohnort _____

Telefon _____

Sorgeberechtigte(r): _____

2. Personalien der Mutter:

Familiennamen/Vorname _____

Geburtsstag _____ Staatsangehörigkeit _____

Familienstand: () **verheiratet** () **ledig** () **alleinerziehend**

Wohnanschrift: Straße _____

PLZ/ Wohnort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon: privat _____ dienstlich _____

3. Personalien des Vaters:

Familiennamen/Vorname _____

Geburtsstag _____ Staatsangehörigkeit _____

Familienstand: () **verheiratet** () **ledig** () **alleinerziehend**

Wohnanschrift: Straße _____
PLZ/ Wohnort _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Telefon: privat _____ dienstlich _____

4. Geschwister:

Vorname _____ geb. am _____
Vorname _____ geb. am _____

5. Gesundheit (nachzureichen bei Aufnahme in die Tagesstätte):

Ärztliches Attest vorgelegt am _____
Ausstellungsdatum _____
Name und Anschrift des Arztes _____
_____ Tel. _____
Krankenkasse _____
Versichert bei _____
Letzte Tetanusimpfung am _____

6. Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand des Kindes:

7. Sonstige wichtige Informationen über Kind und Familie:

8. Das Kind wird abgeholt von folgenden Personen:

9. Wer ist im Notfall zuerst zu informieren / erreichbar:

_____ Tel. _____
_____ Tel. _____

**Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werden der
Einrichtung umgehend mitgeteilt.**

Ort/Datum

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten