

## Anmeldung

**für die Aufnahme in die DRK - Kita „Zauberburg“  
59065 Hamm – Stiftstr.17, Telefon: 8769661**

zum \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Straße und Wohnort: \_\_\_\_\_

Geschlecht des Kindes:       Junge                       Mädchen

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

**Ich buche für mein Kind folgende Betreuungszeit:**

**35 Std (vormittags und nachmittags , ohne Mittagessen)  45 Std (ganztags, mit Mittagessen)**

Erziehungsberechtigt:       beide Eltern       Mutter       Vater

Tel.-Nr. der Eltern : \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Wohnort \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

z.Z. berufstätig                       Ja                       Nein

Vor- und Zuname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Wohnort \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

z.Z. berufstätig                       Ja                       Nein

z.Z. in der Elternzeit                       Ja, bis \_\_\_\_\_                       Nein

planmäßiger Wiedereinstieg in den Beruf am: \_\_\_\_\_

ganztags von \_\_\_\_\_                       halbtags von \_\_\_\_\_

Ist ein Elternteil in einem dieser Krankenhäuser tätig?

Nein

Ev. Krankenhaus Hamm

Marienhospital

Wenn ja, wird eine Betreuung während der Randöffnungszeiten  
(5.30-7.00Uhr oder 17.30-19.00 Uhr) benötigt?

Ja

Nein

Bitte tragen Sie hier ein zu welchen Zeiten sie generell eine Kinderbetreuung benötigen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat das Kind noch Geschwister:

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele \_\_\_\_\_ in welchem Alter \_\_\_\_\_

Wer lebt außer den Eltern, dem Kind und seinen Geschwistern noch ständig im Haushalt:

\_\_\_\_\_

Wenn beide Eltern berufstätig sind, wer betreut oder beaufsichtigt das Kind  
zurzeit: \_\_\_\_\_

War das Kind schon in einem anderen Kindergarten:

Ja

Nein

Wenn ja, wie lange und in welcher Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ist das Kind gesund:

Ja

Nein

Wenn nein, an welcher Krankheit leidet es: \_\_\_\_\_

Erhält das Kind besondere Fördermaßnahmen:

Ja

Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist das Kind auch in anderen Einrichtungen angemeldet:

Ja

Nein

Wenn ja, in welchen: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und versichere alle Veränderungen,  
sowie die Aufnahme meines Kindes in einer anderen Einrichtung unverzüglich der DRK Kita  
„Zauberburg“ mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift