



Waldorfkindergarten Datteln e.V.
Klosterner Weg 15
45711 Datteln
02363/33461

Foto
des
Kindes

Antrag zur Aufnahme in den Kindergarten

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| <u>Familienname des Kindes</u> _____ | Vorname _____ |
| geboren am _____ | in _____ |
| Staatsangehörigkeit _____ | Konfession _____ |
| <hr/> | |
| <u>Name des Vaters</u> _____ | Familienstand _____ |
| geboren am _____ | Krankenkasse _____ |
| Anschrift Straße _____ | PLZ/Stadt _____ |
| Telefon _____ | Handy _____ |
| E-Mail _____ | Beruf _____ |
| Staatsangehörigkeit _____ | Konfession _____ |
| selbst./beschäftigt bei _____ | Telefon _____ |
| <hr/> | |
| <u>Name der Mutter</u> _____ | Familienstand _____ |
| geboren am _____ | Krankenkasse _____ |
| Anschrift Straße _____ | PLZ/Stadt _____ |
| Telefon _____ | Handy _____ |
| E-Mail _____ | Beruf _____ |
| Staatsangehörigkeit _____ | Konfession _____ |
| selbst./beschäftigt bei _____ | Telefon _____ |

Name der Geschwister _____ geboren am _____

Gegebenenfalls Vormund/Erziehungsberechtigte für das Kind

Name und Anschrift _____

Vater/Mutter verstorben ja () nein () wann? _____

Eltern geschieden/getrennt ja () nein () seit? _____

Hat Ihr Kind schon einen Kindergarten besucht? ja () nein ()

Welchen? _____ von _____ bis _____

Wodurch wurden Sie aufmerksam auf unseren Kindergarten und was hat Sie bewogen, Ihr Kind hier anzumelden?

Welche Krankheiten hat Ihr Kind bisher durchgemacht (Kinderkrankheiten, Unfälle, Operationen)?

_____ wann? _____

_____ wann? _____

Hat Ihr Kind Allergien ja () nein () welche? _____

oder Ernährungsunverträglichkeiten? ja () nein () welche? _____

Welche Impfungen hat Ihr Kind? _____

Ist Ihr Kind in irgendeiner Weise beeinträchtigt (kurzsichtig, schwerhörig, Sprachstörung usw.)?

Nahm oder nimmt Ihr Kind über längere Zeit Medikamente?

ja () nein () welche? _____

gewünschtes Aufnahmedatum: _____

