

Bürgerbüro
Mittelstädter Str. 17
72585 Riederich
Tel.: 07123/9359-15
Fax: 07123/9359-11



Antrag

Auf Aufnahme eines Kindes in den Kindergarten

Wir bitten um Aufnahme unseres Kindes ab

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> .01.01 | <input type="checkbox"/> .01.03 | <input type="checkbox"/> .01.05 |
| <input type="checkbox"/> .01.07 | <input type="checkbox"/> .01.09 | <input type="checkbox"/> .01.11 |

Wir benötigen die

- Regelöffnungszeiten**
Mo bis Do 8:00 bis 12:00 Uhr und 13:30-16:00 Uhr; Fr 8:00 bis 12:00 Uhr
- Verlängerte Öffnungszeiten**
(nicht im Kindergarten auf der Raise möglich)
Zusätzlich zu den Regelöffnungszeiten
Mo bis Fr 7:30 bis 8:00 Uhr und 12:00 bis 13:00 Uhr
- Ganztagesöffnungszeiten**
(nur im Kindergarten auf der Raise möglich)
Mo bis Fr 7:30 bis 17:00 Uhr

Nur ausfüllen, wenn Sie bereits Kinder in unseren Einrichtungen haben:

Unser(e) Kind(er) _____ besuchen derzeit den Kindergarten _____

Aufnahmebogen

1. Angaben über das Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geb.am: _____ in: _____
Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Wohnort: _____ Straße: _____
Telefon: _____
Voraussichtl. Austritt am: _____

Bankverbindungen
Kreissparkasse Metzingen
Volksbank Metzingen
Postbank Stuttgart

Kto.-Nr.: 900557 (BLZ 640 500 00)
Kto.-Nr.: 250 270 005 (BLZ 640 912 00)
Kto.-Nr.: 19603-703 (BLZ 600 100 70)

Wir sind für Sie da:
Mo. bis Fr. 9.00 – 12.00 Uhr
Di. und Do. 16.00 – 18.00 Uhr
www.riederich.de

Hausarzt des Kindes: Name _____
Anschrift _____
Telefon _____

Krankenkasse, bei der das Kind mitversichert ist:

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Fam. Name d. Vaters: _____ Vorname: _____
Beruf: (freiwillig) _____
Staatsangehörigkeit: _____
Wohnort: _____ Straße: _____
Arbeitsstätte: _____

Fam. Name d. Mutter: _____ Vorname: _____
Beruf: (freiwillig) _____
Staatsangehörigkeit: _____
Wohnort: _____ Straße: _____
Arbeitsstätte: _____

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Privat: _____ Am Arbeitsplatz: _____
Mobil: _____

3. Weiter in der Familie lebende Kinder unter 6 Jahren

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

4. Überstandene Krankheiten (zutreffendes unterstreichen)

Masern – Keuchhusten – Scharlach – Diphtherie – Übertragbare Kinderlähmung –
Mumps – Röteln – Windpocken
Sonstige Krankheiten: _____

5. Impfungen

Tetanus: 1. am: _____ 2. am: _____ 3. am: _____
Sonstige Impfungen: _____

6. Angaben über den Gesundheitszustand

(z.B. Allergien, chronische Krankheiten) _____

7. Besonderheiten zu der Entwicklung Ihres Kindes,

von denen es wichtig ist, dass der Kindergarten Kenntnis hat, um angemessen auf das Kind einzugehen bzw. es fördern kann: _____

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten