

# ANMELDUNG KRIPPENPLATZ

## Abenteuerland im Wohnpark Uhlerborn Kastanienwichtel , Frauenlobstr.

---

<input type="checkbox"/>	Anmeldung nur für die Krippe Abenteuerland
<input type="checkbox"/>	Anmeldung nur für die Krippe Kastanienwichtel
<input type="checkbox"/>	Anmeldung für den nächst verfügbaren Platz

### Anmeldebogen

#### 1. Angaben zum Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am : \_\_\_\_\_

Wohnort und Straße: \_\_\_\_\_

Gewünschte Aufnahme am:

voraussichtliche Betreuungszeit (bitte Angabe von Wochentagen und Uhrzeiten):

-----  
-----  
-----

\_\_\_\_\_ Teilzeit      \_\_\_\_\_ Teilzeit mit Mittagessen      \_\_\_\_\_ Ganztagsplatz

#### 2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Mutter : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

In Notfällen telefonisch erreichbar:

Privat: \_\_\_\_\_

Am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

### 3. Geschwister

Anzahl der Geschwister, die in der Familie leben oder noch unterhalten werden: -----

### 4. Überstandene Krankheiten ( Zutreffendes ankreuzen )

Masern	Tuberkulose
Mumps	Gelbsucht
Diphtherie	Windpocken
Scharlach	Parathyphus
Röteln	Thyphus
Keuchhusten	Spinale Lähmung

Übertragene Hautkrankheiten: \_\_\_\_\_

### 5. Impfungen

Tetanus: 1. am \_\_\_\_\_  
2. am \_\_\_\_\_  
3. am \_\_\_\_\_

Sonstige Impfungen : \_\_\_\_\_

### 6. Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung

z.B. Diabetes, Krampfleiden, Fieberkrampf

### 7. Anschriften

Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichert bei: \_\_\_\_\_ Vater / Mutter

## **8. Ansteckende Krankheiten**

Wir verpflichten uns, das Auftreten von ansteckenden Krankheiten innerhalb unserer Familie umgehend der Krippe zu melden.

## **9. Abholberechtigte Personen**

> \_\_\_\_\_

> \_\_\_\_\_

> \_\_\_\_\_

> \_\_\_\_\_

> \_\_\_\_\_

**nachfolgende Angaben sind freiwillig :**

**Geb.datum der Mutter :**

**Nationalität der Mutter :**

**Geb.datum des Vaters :**

**Nationalität des Vaters :**

**Ausgeübter und / oder erlernter Beruf**

**der Mutter :**

**des Vaters:**

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Erziehungsberechtigten**