



Graf-Zeppelin-Str. 9  
53757 St. Augustin  
Ansprechpartner: Fr. Els (Leitung)  
Telefon: 02241/204846  
www.familienzentrum-sankt-anna.de

Name und Anschrift des Trägers  
Kirchengemeindeverband St. Augustin  
Marktstr. 45  
53757 St. Augustin

## Anmeldebogen

<b>1</b>	<b>Anmeldung</b>		<b>Aufnahmewunsch</b>	
	Name des Kindes		Geburtstag	
	Betreuungsart		Konfession	
	Betreuungszeit		Tauftag	
	Nationalität		Familiensprache	
	Anschrift		Telefon	
<b>2</b>	<b>1. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	email		Nationalität	
	Konfession		Beruf*	
	<b>2. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	email		Nationalität	
	Konfession		Beruf*	
<b>3</b>	<b>Weitere Angaben</b>			
	Zahl der im Haushalt lebenden Geschwisterkinder unter 18*			
	Alter der Geschwisterkinder			
	Wächst das Kind anderssprachig auf?			
	Das Kind ist krankenversichert bei			
	<b>Kirchenaustritt</b>			
	Sind Sie aus der Kirche ausgetreten?			
<b>4</b>	<b>Gesundheitsvorsorgeuntersuchung</b>			
	Der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes wird spätestens bei Abschluss des Betreuungsvertrages gegenüber dem Träger der Tageseinrichtung für Kinder (gegebenenfalls der Leiterin/dem Leiter*) durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung erbracht (§ 10 des Kinderbildungsgesetzes – KiBiz).			
<b>5</b>	<b>Bemerkungen</b>			
	Besteht bei Ihnen weiterer Betreuungsbedarf über die Öffnungszeiten hinaus?			
<b>6</b>	<b>Jugendamt</b>			
	*Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten (Name, Geburtsdatum und Wohnort) unseres/meines Kindes zu Planungszwecken / Feststellung des Bedarfs an Kindergartenplätze dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.			

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r

Erziehungsberechtigte/r