

Arbeitsgemeinschaft "Kindertageseinrichtungen" im Kreisjugendamtbereich Düren

Arbeiterwohlfahrt ♦ Mitgliedsorganisationen im Paritätischen Wohlfahrtsverband ♦ Deutsches Rotes Kreuz KV Düren ♦ Deutsches Rotes Kreuz OV Jülich ♦ Die Johanniter ♦ Evang. Träger ♦ Kath. Träger ♦ Kommunale Träger ♦ Kreisjugendamt

1. Anmeldung für einen Platz in der Tageseinrichtung

<p>Gemeindekindergarten „Zauberwelt“ Titz Mörikestraße 52445 Titz Träger: Gemeinde Titz Landstr. 4 52445 Titz</p>

2. Angaben zum anzumeldenden Kind:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Religion/Konfession	Nationalität	Geschlecht

Geschwister:

<u>Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u>	<u>Besuch einer Einrichtung</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Betreuungsumfang

<u>Gewünschter Betreuungsumfang:</u> (Zutreffendes bitte markieren)	
Bis 25 Std. / Woche (maximal 5 Std. täglich vormittags) „ Vormittagsbetreuung “ Betreuungszeiten: 7.30 - 12.30 h, keine Teilnahme an Nachmittagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>
Bis 35 Std. / Woche (maximal 7 Std. täglich) ohne Mittagsbetreuung „ Regelbetreuung “ Betreuungszeiten: 7.30 - 12.30 h und 14.00 - 16.00 h	<input type="checkbox"/>
Bis 35 Std. / Woche mit Mittagsbetreuung und Essen „ Blockbetreuung “ Betreuungszeiten: 7.00 - 14.00 h	<input type="checkbox"/>
Bis 45 Std. / Woche mit Mittagsbetreuung und Essen „ Ganztagsbetreuung “ Betreuungszeiten: 7.00 - 16.00 h	<input type="checkbox"/>

Was sollten wir im Kindergarten über Ihr Kind wissen, z.B. Allergien, Krankheiten ...?

4. Angaben zu den Sorgeberechtigten

Familienname der Mutter: _____

Vorname der Mutter: _____

Familienname des Vaters: _____

Vorname des Vaters: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Nationalität: _____

Familienstand: _____

Berufstätigkeit der Mutter:

z. Zt. nicht

Vollzeit

Teilzeit

Wiedereinstieg geplant ab _____

Hiermit melde/n ich/wir unser Kind _____ zum nächstmöglichen

Termin / ab _____ im Gemeindekindergarten „Zauberwelt“ Titz an.

Ich/wir sind mit der Weitergabe der Daten an das Gesundheitsamt einverstanden.

Titz, den _____

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters