

Evangelische Kindertagesstätte Regenbogen

Zertifizierter, anerkannter Bewegungskindergarten NRW
Mit dem Pluspunkt Ernährung



Trägerverbund
Ev. Tageseinrichtungen
für Kinder

32312 Lübbecke
Lessingstr. 10
Tel: 05741 / 1552



Voranmeldung

Die Aufnahme wird gewünscht zum _____

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Tel.: _____ Nationalität: _____

Erziehungsberechtigte/r:

Name, Vorname _____ Name, Vorname _____

Anschrift: _____ Anschrift: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ/Ort: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. privat: _____

Beruf: _____ Beruf: _____

Arbeitsstelle: _____ Arbeitsstelle: _____

Tel. dienstl.: _____ Tel. dienstl.: _____

Konfession: _____ Konfession: _____

Nationalität: _____ Nationalität: _____

Familienstand: _____ Familienstand: _____

Geschwister: Anzahl und Alter _____

Alleinerziehend: Ja Nein

Wird Ihr Kind tagsüber von einer anderen Person betreut ? Ja Nein

Wenn ja, von wem ?

Name: _____ Vorname: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____

Angaben zu Ihrem Kind:

Ihr Kind wurde / wird in folgenden anderen Einrichtungen angemeldet:

Welches ist Ihre Wunscheinrichtung?

Die Vergabe der Plätze erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Kreis-Jugendamt, dem Träger und nach vorheriger Absprache zwischen den Leitungen der Tageseinrichtungen im Stadtgebiet.

Wird Ihr Kind auf Grund einer Krankheit ständig ärztlich betreut ? O Ja O Nein

Wenn ja, wegen welchem Krankheitsbild ?

Welcher Kinderarzt / Arzt betreut Ihr Kind ?

Name: _____

Anschrift: _____

Wird ihr Kind betreut von:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle | <input type="checkbox"/> Sprachtherapeuten |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnasten | <input type="checkbox"/> sonstige Einrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigungstherapeuten | |
-

Gehört Ihr Kind zum Personenkreis derer, die nicht nur vorübergehend durch eine Behinderung beeinträchtigt sind, oder ist Ihr Kind durch eine Behinderung bedroht ? (§ 39 Bundessozialhilfegesetz)

Wann und von wem wurde die Behinderung bzw. Entwicklungsverzögerung diagnostiziert ?

Art der Behinderung / Entwicklungsverzögerung:

Welche Betreuungszeiten benötigen Sie für Ihr Kind ?

- 25 Std. Mo – Fr. 7.30 – 12.30 Uhr
(Dieses Stundenkontingent berechtigt nur zum Vormittagsbesuch)
- 35 Std. Mo – Fr. 7.30 – 12.30 Uhr
Mo – Do. 14.00 – 16.30 Uhr
- 35 Std. Mo – Fr. 7.00 – 14.00 Uhr
- 45 Std. Mo – Do. 6.45 – 16.45 Uhr
Fr. 6.45 – 16.00 Uhr
-

Anmerkung der Einrichtung:

1. Diese Voranmeldung garantiert keine Aufnahme zum gewünschten Zeitpunkt.
 2. Sollten Sie einen Platz in einer anderen Einrichtung bekommen und auf einen weiteren Verbleib in unserer Warteliste verzichten, teilen Sie uns das bitte umgehend mit.
 3. Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzrechtes.
-

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der persönlichen Angaben und erklären Ihr Einverständnis zum Aufnahmeverfahren in unserer Einrichtung.

Diese Voranmeldung wird erst verbindlich durch den Aufnahmevertrag.

Lübbecke, den

Unterschrift

Unterschrift