

**DRK-Kindertagesstätte**

Schulweg 2  
24601 Wankendorf  
Fon: (04326) 606  
Fax: (04326) 288461

**Unsere Betreuungszeiten:**

Montag – Freitag  
von 7:00 Uhr – 17:00 Uhr

# Anmeldung

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

**1. Sorgeberechtigter des Kindes:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit (mobil): \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

**2. Sorgeberechtigter des Kindes:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit (mobil): \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

**Geschwisterkinder:**

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

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

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

**Abholberechtigte:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Allergien, Krankheiten des Kindes: \_\_\_\_\_

Hausarzt des Kindes: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

Gewünschte Betreuungszeit:  Vormittagsgruppe  Nachmittagsgruppe  andere Betreuungszeiten (bitte in nächster Zeile eintragen)  
8:00 Uhr – 12:00 Uhr 13:00 Uhr – 16:00 Uhr

Anmeldung zum (Termin): \_\_\_\_\_

Wankendorf, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Sorgeberechtigter