



Anmeldebogen vom _____._____.202__

für einen **U3**-Kita-Platz - **Aufnahme** möglichst zum _____.____.202__

für einen **Ü3**-Kita-Platz - **Aufnahme** möglichst zum _____.____.202__

Angaben zum Kind:

Hausname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: _____

geb. am : _____ in: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Konfession _____ Nationalität: _____

Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Geschwister: Anzahl: _____ Alter: _____

Geschwisterkind in der Einrichtung? (Name und Gruppe) _____

Betreuung in einer anderen Kindertageseinrichtung im Vorfeld? (Welche und seit wann?)

Betreuung in der Kindertagespflege im Vorfeld? (Bei wem und seit wann?)

Spielgefährten: ja nein Wenn ja, woher? (z. B. Nachbarschaft, Kindergarten, Krabbelgruppe)

Wächst Ihr Kind anderssprachig auf? ja nein Familiensprache: _____

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? ja nein Sprachen: _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

	<u>Vater:</u>	<u>Mutter:</u>
Hausname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Straße:	_____	_____
PLZ/Wohnort:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Familienstand:	_____	_____
Konfession:	_____	_____
Nationalität:	_____	_____
Beruf:	_____	_____

Sorgeberechtigte Person: ja nein

Sorgeberechtigte Person: ja nein



	Vater:	Mutter:
Telefon privat:	_____	_____
Telefon dienstlich:	_____	_____
Telefon mobil:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____

Welcher Kirchengemeinde gehören Sie an? _____

1. Haben Sie Ihr Kind im Kita-Navigator der Stadt Münster eingepflegt? ja nein

Wenn ja, wann? _____ Mit wieviel Vormerkungen? _____

2. Wurde Ihr Kind auch in anderen Kindertageseinrichtungen angemeldet? ja nein

3. Welche Bedeutung hat für Sie die Anmeldung Ihres Kindes in unserer Einrichtung?

(z. B. soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Wiederaufnahme der Berufstätigkeit der Mutter, Schwangerschaft, Pflegebedürftigkeit in der Familie)

3a. Gibt es Gründe, die eine Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung besonders dringend machen?

4. Zeigt Ihr Kind Entwicklungsverzögerungen oder Auffälligkeiten? (z. B. Allergien, Sprachverzögerungen)

nein ja (welche?) _____

4a. Ist Ihr Kind in besonderer ärztlicher Behandlung? (z.B. Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie)

nein ja (welche?) _____

4b. Nimmt Ihr Kind Medikamente? nein ja (welche?) _____

4c. Darf Ihr Kind aus gesundheitlichen oder religiösen Gründen bestimmte Nahrung nicht zu sich

nehmen? nein ja (welche?) _____

5. Welchen **Bedarf** an **Öffnungszeiten**, abgestimmt auf die Arbeits- und Lebenssituation Ihrer Familie, haben Sie?

Öffnungszeiten von _____ Uhr bis _____ Uhr

An folgenden Tagen: _____
