



**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:**

	<b><u>Vater:</u></b>	<b><u>Mutter:</u></b>
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

