



Kindergarten St. Michael

Kirchstraße 4 88377 Riedhausen

Tel.: 07587-604

Fax: 07587 - 8739030

E-Mail: [kindergarten@riedhausen.de](mailto:kindergarten@riedhausen.de)

E-Mail: [kiga.-leitung@riedhausen.de](mailto:kiga.-leitung@riedhausen.de)

## Voranmeldung

Diese Vormerkung dient lediglich zur Erfassung der Kinder, die einen Kindergartenplatz in unserer Einrichtung wünschen. Daraus leitet sich kein Anspruch auf einen Platz bei uns ab und die Eltern machen keine Zusage zur verbindlichen Anmeldung in unserer Einrichtung. Die Aufnahme des Kindes gilt erst mit Abschluss des Betreuungsvertrages als verbindlich für beide Seiten.

Name des Kindes..... m/w.....

Geburtstag : ..... Geburtsort: .....

Konfession: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Welche Sprache(n) spricht das Kind? .....

### Personensorgeberechtigte/Eltern:

	Personensorgeberechtigte (Mutter)	Personensorgeberechtigter (Vater)
Name:		
Vorname:		
geb. am:		
Straße, Haus-Nr.:		
PLZ, Ort:		
Konfession:		
Staatsangehörigkeit:		
Geburtsland:		
Arbeitgeber:		
Ausgeübter Beruf:		
Telefonische Erreichbarkeit	Privat _____ Mobil _____ Dienstl. _____	Privat _____ Mobil _____ Dienstl. _____
Email:		



Kindergarten St. Michael

Kirchstraße 4 88377 Riedhausen

Tel.: 07587-604

Fax: 07587 - 8739030

E-Mail: [kindergarten@riedhausen.de](mailto:kindergarten@riedhausen.de)

E-Mail: [kiga.-leitung@riedhausen.de](mailto:kiga.-leitung@riedhausen.de)

Familienstand: ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Unsere Regelöffnungszeiten				
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.15 – 12.30 Uhr	07.15 – 12.30 Uhr	07.15 – 12.30 Uhr	07.15 – 12.30 Uhr	07.15 – 12.30 Uhr
geschlossen	14.00 – 17.00 Uhr	14.00 – 17.00 Uhr	14.00 – 17.00 Uhr	geschlossen

Unsere Ganztagsöffnungszeiten				
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.15 – 13.00 Uhr	07.15 – 17.00 Uhr	07.15 – 17.00 Uhr	07.15 – 17.00 Uhr	07.15 – 13.00 Uhr

Welche Öffnungszeiten wählen Sie für Ihr Kind?

Ganztagesgruppe ..... Anzahl der Tage.....

Regelgruppe .....Anzahl der Tage.....

Ab Monat ..... Jahr .....

Das Kind ist krankenversichert bei  Vater  Mutter Krankenkasse .....

Geburtsjahr der Geschwister.....

Was sollten wir noch wissen? (z.B. chronische Krankheiten des Kindes; Allergien, regelmäßige Medikamentengabe, Dringlichkeitsgründe für die Aufnahme, Ende der Elternzeit, ...)

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?.....

Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

**Wir bitten um Mitteilung, falls der Kindergartenplatz nicht mehr benötigt wird!**