

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum	Geburtsort	
Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
Telefon	Telefon (Mobil)	E-Mail		
wohnhaft bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere: _____
Behinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____	
Besucht Ihr Kind bereits eine Kinderbetreuungseinrichtung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____	
gewünschte Betreuungszeit (Öffnungszeiten 06:00 – 17:00 Uhr)	von	bis	Mittagessen	
	Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufnahmezeitpunkt <input type="checkbox"/> gewünscht: _____	Aufnahmezeitpunkt gemäß Stichtage (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> 01.03. <input type="checkbox"/> 01.06. <input type="checkbox"/> 01.09. <input type="checkbox"/> 01.12.			

	Erziehungsberechtigter			Erziehungsberechtigter		
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Staatsangehörigkeit						
Anschrift						
Berufstätigkeit (bitte ankreuzen)	ganztags <input type="checkbox"/>	halbtags <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ganztags <input type="checkbox"/>	halbtags <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beruf						
Arbeitgeber						
Bezug zum Krankenhaus (z.B. Abteilung, Verwandtschaft)						
Familienstand						
Falls Geschwisterkinder vorhanden, bitte unbedingt ausfüllen.						
Geschwister	1.			2.		
Geburtsdatum						
Geschwister	3.			4.		
Geburtsdatum						

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten