

BRK - Haus für Kinder
BunteRKunt
Schulstraße 1
85452 Moosinning

Anmeldung über Kita-Bereichsleitung
Mobil 0170 - 145 72 52
Email: silvia.makas@kverding.brk.de

Anmeldeformular für Zeitraum Februar – August 2022 / Registration Form

Alle Angaben bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen / Please fill out completely in capital letters:

Angaben zum Kind:

Child's details:

Name, Vorname:

Surname, First name:

Geburtsdatum:

Date of Birth:

Geschlecht:

Gender:

männlich/ *male*

weiblich/ *female*

Staatsangehörigkeit:

Citizenship:

Anschrift:

Address:

Angaben zu den Eltern:

Parent's details:

Mutter/ *Mother*

Vater/ *Father*

Name, Vorname:

Surname, First Name:

Anschrift:

Address:

Telefon:

Telephon:

Handy:

Mobil phone:

Email Adresse:

e-mail address:

Geburtsland:

Country of Origin:

berufstätig/ *employed*

berufstätig/ *employed*

Gewünschte Betreuungsform:

Zutreffendes bitte ankreuzen/ Mark with a cross where applicable.

<u>Kindergarten</u>	<u>Schulkindergarten</u>	<u>Hort</u>
---------------------	--------------------------	-------------

Gewünschter Termin der Aufnahme:

Desired beginning of admission:

Gewünschte Betreuungszeit:

Please enter the required daily hours:

Anwesenheit <i>Attendance</i>	Montag <i>Monday</i>	Dienstag <i>Tuesday</i>	Mittwoch <i>Wednesday</i>	Donnerstag <i>Thursday</i>	Freitag <i>Friday</i>	Wochenstunden <i>Total hours per week</i>
von - bis (Uhrzeit) <i>from- until (time)</i>						

Mein Kind nimmt am Mittagessen teil:

My children will participate in lunch

JA / *yes*

NEIN / *no*

Allergien JA / *yes* (nur mit ärztl. Attest) NEIN / *no*

Allergies and intolerances on food (yes: only with medical attestation)

Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind bei Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Abs.9 Infektionsschutzgesetz verfügt. (i.d.R. 2x geimpft).

Please take care, that your children at admission in a nursery school must have a vaccination against measles according to § 20, chapt. 9 German Infektionsschutzgesetz (double vaccination).

Moosinning, den

.....
Datum/ Date

.....
Unterschrift/ Signature