



Evangelische KiTa Sulzkirchen, Hauptstraße 32, 92342 Freystadt

Tel. 09179/5504

kita.sulzkirchen@elkb.de

www.kindergarten-sulzkirchen.de

**Daten des Kindes:**

**Name:** .....

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

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

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

Abstammung beider Eltern aus nicht deutschsprachigem Land Nein Ja

Hat Ihr Kind Anspruch auf Eingliederungshilfe wegen Behinderung oder drohender Behinderung nach § 53 SGB XII?  
Nein Ja

Der Eingliederungsbedarf wurde festgestellt von: .....

Art der Behinderung: .....

**Daten der Personensorgeberechtigten (Änderungen bitte umgehend schriftlich mitteilen):**

	Frau:	Herr:
<b>Eltern zum Kind</b>	<input type="checkbox"/> Leiblich / .....	<input type="checkbox"/> Leiblich / .....
Name	.....	.....
Vorname	.....	.....
geb. am	.....	.....
Berufstätig?	.....	.....
Wenn ja, Stundenumfang	.....	.....
Konfession	.....	.....
Staatsangehörigkeit	.....	.....
Nichtdeutschsprachiger Herkunft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet/Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> alleinerziehend	
Anschrift (Aufenthaltort des Kindes):	.....	
Telefon: privat:	..... mobil.....	
Mail:	.....	
<b>Geschwisterkind(er) bereits in der Einrichtung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Gewünschte Buchungszeit:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundbuchungszeit 8:00 bis 13:00 (4-5 Std.) | <input type="checkbox"/> 7:00 bis 12:45 (5 - 6 Std.) |
| <input type="checkbox"/> + Spätdienst bis 14 Uhr                     | <input type="checkbox"/> + Spätdienst bis 15 Uhr     |

**Gewünschtes Aufnahmedatum:** ..... **Alter des Kindes:** .....

Besondere Wünsche:  Mittagessen (Catering)

Sonstiges (z.B. chronische Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, regelmäßige Medikamentengabe, etc.):

.....

Wird eine Fahrgemeinschaft angestrebt?  Nein  Ja, mit wem? .....

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

**Vorgelegt:**  Abstammungsurkunde  Vorsorgeheft  Masernschutz

(Zwingend notwendig für die Aufnahme in die Einrichtung – Original genügt)

**Bitte beachten Sie, dass dieses Formular keine verbindliche Zusage darstellt!!  
 Eine verbindliche Zusage erhalten Sie erst mit der Zusendung der Vertragsunterlagen.**