

**Evangelischer Kindergartenverein Soest e. V.  
Kindertagesstätte "Am Wiesengraben"**

59494 Soest, Anna-von-Fürstenberg-Weg 4, Tel: 7 77 97

# VORANMELDUNG

Ich/ Wir beantragen eine Aufnahme zum \_\_\_\_\_

Buchungszeit	Öffnungszeiten		Zutreffendes bitte ankreuzen
25 Stunden	Mo. – Fr. von	07:15 – 12:15 Uhr	
35 Stunden Block-Öffnungszeit	Mo. – Fr. von	07:15 – 14:15 Uhr	
35 Stunden geteilte Öffnungszeit	Mo. – Fr. in der Zeit von Mo.- Do. Fr.	07:15 – 12:15 Uhr 14:00 – 16:30 Uhr 14:00 – 15:30 Uhr	
45 Stunden	Mo., Di., Do. von Mi. Fr.	06:45 – 17:00 Uhr 06:45 – 18:30 Uhr 06:45 – 15:30 Uhr	

## 1. Personalien des Kindes

Name:	Vorname:	Geb.Dat.:
Religion:	Nationalität:	Tel.:
Straße:	PLZ:	Ort:

## 2. Personalien der Eltern:

### Mutter:

Name:	Vorname:	Geb.Dat.
Religion:	Nationalität :	Tel. :
Straße:	PLZ:	Ort:
Beruf :	Arbeitgeber:	Tel.:

Alleinerziehend: ja/nein

Gemeinsamer Hausstand mit dem Kindesvater: ja/nein

### Vater:

Name:	Vorname:	Geb.Dat.
Religion:	Nationalität :	Tel. :
Straße:	PLZ:	Ort:
Beruf :	Arbeitgeber:	Tel.:

Alleinerziehend: ja/nein

Gemeinsamer Hausstand mit der Kindesmutter: ja/nein

## 3. Name und Alter der Geschwister

Name/Vorname:	Alter:	Name/Vorname:	Alter:
Name/Vorname:	Alter:	Name/Vorname:	Alter:

4. Besonderheiten des Kindes: - bitte ankreuzen -

keine

a) gesundheitlicher Art  Fieberkrämpfe  Unverträglichkeiten  Asthma  
 Hör-Seh-Sprachstörungen  Herz-Gefäßkrankheiten  Diabetes  
 Allergische Reaktionen  Neurodermitis  Hausstaub  
 Wichtige Informationen: \_\_\_\_\_

b) familiärer Art:  Pflegekind  Wird überwiegend durch andere Personen betreut  
 Weitere Informationen: \_\_\_\_\_

c) das Kind wird  Frühförderstelle  Logopädie  
betreut von einer  Krankengymnastik  Sonstige Einrichtungen  
 Neuropädiatrie

d) mein Kind ist gegen Masern geimpft.  Pflicht bei Aufnahmen ab August 2020

Welche Sprache wird innerhalb der Familie gesprochen: \_\_\_\_\_

### 5. Bedarfsabfrage

Ich habe für mein Kind folgenden Betreuungsbedarf:

	Bringzeit	Abholzeit	Bringzeit	Abholzeit
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				

Den erforderlichen Nachweis für einen Betreuungsumfang von 45 Stunden werden wir bei der Stadt Soest, Abteilung Jugend und Soziales beantragen.

Bitte füllen Sie das Voranmeldeformular sorgfältig und ausführlich aus.  
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben und erklären Ihr Einverständnis zum Aufnahmeverfahren. Die Voranmeldung behält ihre Gültigkeit für das von Ihnen gewünschte Aufnahmejahr sowie, bei Nichtberücksichtigung, für das darauf folgende. Danach wird sie fachgerecht entsorgt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum, Eingang KiTa

Kita Karte der Stadt Soest