



Name des Kindes:

Geburtsdatum:	_____	Allergien:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	Kinderarzt:	_____
Konfession:	_____	Muttersprache:	_____
Geschwister mit Geburtsdatum: _____			
Besuchen folgende Kindertagesstätten: _____			

Name der Mutter:

Geburtsdatum:	_____		
Anschrift:	_____		
Herkunftsland (wenn im Ausland lebend)	_____		
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____
Telefon privat:	_____	Mobil:	_____
Telefon dienstlich:	_____	E-Mail:	_____
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> zusammenlebend
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> nicht verheiratet
	<input type="checkbox"/> wieder geschieden	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet

Name des Vaters:

Geburtsdatum:	_____		
Anschrift:	_____		
Herkunftsland (wenn im Ausland lebend)	_____		
Beruf:	_____	Arbeitgeber:	_____
Telefon privat:	_____	Mobil:	_____
Telefon dienstlich:	_____	E-Mail:	_____
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> zusammenlebend
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> nicht verheiratet
	<input type="checkbox"/> wieder geschieden	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet


Sorgerechtsregelung:

<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Sorgerecht liegt bei _____
<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht der Mutter	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht des Vaters

Aufenthaltsbestimmungsrecht:

<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater und Mutter	<input type="radio"/> sowie _____
-----------------------------	------------------------------	--	-----------------------------------

Ersteller Sebastian Hagl	Geprüft: Sissi Hilmer	Freigegeben: Florian Seidl
Datum: 28.09.2018	Datum: 28.09.2018	Datum: 28.09.2018

 Bayerisches Rotes Kreuz	Kreisverband Deggendorf	Kinderkrippe Plattling
	Anmeldebogen	Version: 2.0
		Seite 2 von 2

Eine amtliche Bestätigung einer Behinderung des Kindes liegt
 nicht vor
 vor (bitte Bestätigung beifügen)

Wir erhalten bzw. erhielten ein Unterstützungsangebot durch
 Familienhilfe Jugendamt Erziehungsberatungsstelle Frühförderstelle

Buchung

gewünschter Aufnahmeterrmin (Beginn der Eingewöhnung)	Tägliche Buchungszeit *					Durchschnittliche Stundenzahl pro Tag / Woche
	MO	DI	MI	DO	FR	

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich bestätige die eingetragene Buchung.
Ich habe die Pflicht, Änderungen unverzüglich mitzuteilen
Auf die Datenschutzrichtlinien wurde ich hingewiesen.

Ort / Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

* mögliche Buchungszeiten:

3 – 4 Std. 128,50 €	4 – 5 Std. 154,00 €	5 – 6 Std. 180,00 €	6 – 7 Std. 205,00 €	7 – 8 Std. 230,00 €	8 – 9 Std. 255,00 €	Über 9 Std. bei Bedarf
08:30–12:30	07:00–12:30 08:00–13:00 08:30–13:30	07:00–13:00 07:30–13:30 08:00–14:00 08:30–14:30	07:00–14:00 07:30–14:30 08:00–15:00 08:30–15:30	07:00–15:00 07:30–15:30 08:00–16:00 08:30–16:00	07:00–16:00 07:30–16:00 08:00–16:00	

Die Mindestbuchungszeit beträgt 20 Wochenstunden / 4 Tage

Hausanschrift: BRK-Kinderkrippe Plattling Josef-Dittmeier-Straße 18 94447 Plattling	Fr. Hilmer Sissi Tel: 09931 89135 20 Fax: 09931 89135 21 Mail: kinderkrippe@kvdeggendorf.brk.de
--	--

Ersteller Sebastian Hagl	Geprüft: Sissi Hilmer	Freigegeben: Florian Seidl
Datum: 28.09.2018	Datum: 28.09.2018	Datum: 28.09.2018



**Bayerisches
Rotes
Kreuz**

Kreisverband Deggendorf

Kinderkrippe Plattling

Anmeldebogen

Version: 2.0

Seite 3 von 2