



**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 _____
-----------------------------	------------------------------	--	-----------------------------------

<b>Ersteller</b> Sebastian Hagl Datum: 28.09.2018	<b>Geprüft:</b> Sissi Hilmer Datum: 28.09.2018	<b>Freigegeben:</b> Florian Seidl Datum: 28.09.2018
---	--	---

 <b>Bayerisches Rotes Kreuz</b>	<b>Kreisverband Deggendorf</b>	<b>Kinderkrippe Plattling</b>	
	<b>Anmeldebogen</b>		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 Aufnahmetermi (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
--	--

<b>Ersteller</b> Sebastian Hagl Datum: 28.09.2018	<b>Geprüft:</b> Sissi Hilmer Datum: 28.09.2018	<b>Freigegeben:</b> Florian Seidl Datum: 28.09.2018
---	--	---