



Kinderkrippe - Kindertagesstätte Klabausterschiff www.klabauterschiff-karlstein.de
 Eichendorffstr. 25 - 63791 Karlstein/Main - 06188/6069 - e-mail: info@klabauterschiff.karlstein.de

Datenblatt – Bereich Krippe

(Dieses Formular dient zur Kenntnisnahme und verbindet zu **keiner** Zusage)

Gewünschtes Aufnahme datum:

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum: Geburtsort: Geschlecht:

Staatsangehörigkeit: Religion: Telefon-Nr.:

Adresse:

Unser Kind spricht folgende Sprachen:

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (Allergien, Überempfindlichkeiten, bestehende Erkrankungen):

.....

Geschwister (Name, Vorname, Geburtsdatum):

1.

2.

Daten der Eltern

der Mutter: **des Vaters:**

Geb.-datum:

Staatsangehörigkeit:

Religion:

Herkunftsland

Beruf:

Arbeitgeber:

e-mail-Adresse:

Handy-Nr.:

Telefon dienstl.:

Familiensituation:	erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/>	erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/>
	alleinerziehend <input type="checkbox"/>	alleinerziehend <input type="checkbox"/>
	berufstätig <input type="checkbox"/>	berufstätig <input type="checkbox"/>
	Familienstand	Familienstand

(ledig, verheiratet, geschieden, getrennt lebend)

Name der Krankenkasse.....

Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:

.....

Letzte Tetanus-Impfung am:

Masern-Impfung erfolgt: 1. Impfung am: 2. Impfung am:

Neben den oben genannten Personen sind zur Abholung berechtigt:

(Bitte zu jeder Person den vollständigen Namen, Telefonnummer(n), ggf. die Adresse angeben)

.....

.....

.....

Bitte kreuzen Sie in der untenstehenden Tabelle die für Ihr Kind benötigten Besuchszeiten an.

Alle angegebenen Felder bitte unbedingt ausfüllen – sie sind wesentliche Kriterien zur Aufnahme in das Klabauterschiff.

Zeiten	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
07.00 – 08.00						
08.00 – 12.00						
12.00 – 15.00						
15.00 – 16.00						
16.00 – 17.00						
						Gesamtstd./Woche
Gesamtstd./Tag						

An folgenden Tagen soll mein Kind ein warmes, kostenpflichtiges Mittagessen bekommen
(Bei Buchungen bis 15 Uhr und länger ist die Teilnahme am warmen Mittagessen verpflichtend):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN:

BIC:

Datum:

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte

Rathaus	<input type="checkbox"/>
Adebis	<input type="checkbox"/>
Antwort bestätigen	<input type="checkbox"/>

Eingangsdatum:	_____
Unterschrift:	_____