

# Anmeldung

für das zentrale Anmeldeeregister NH-Kita für  
Kindergärten/Kindertagesstätten Stand Juni 2023

Stempel der Einrichtung

## Angaben zum Kind:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Mädchen  Junge Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

## Besonderheiten in Bezug auf das Kind

(z. B. Allergien, Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen, integrative Maßnahme/n notwendig):

## Ich/wir benötige/n folgende Betreuungszeit\* für mein/unser Kind:

Krippengruppe 1 bis 3 Jahre  Kindergarten ab 3 Jahren  Altersmischung 2 bis 3 Jahre

Regelgruppe max. 32,5 Std./Woche

VÖ durchgehende Betreuung von maximal 6,5 Std./Tag

GT I **mit Mittagessen**, durchgehende Betreuung von max. 10,5 Std./Tag

GT II **mit Mittagessen**, durchgehende Betreuung von max. 7,5 Std./Tag

GT III **mit Mittagessen**, durchgehende Betreuung von max. 9,5 Std./Tag

*\*Betreuungszeiten nur so weit in der jeweiligen Einrichtung gewünschte Betreuung auch vorhanden!*

## Ich/wir melde/n mein/unser Kind in folgender Einrichtung an:

Priorität 1: \_\_\_\_\_

Priorität 2: \_\_\_\_\_

Priorität 3: \_\_\_\_\_

## Sind bereits Geschwister in einer Betreuungseinrichtung in Malsch?

Nein

Ja Name und Einrichtung: \_\_\_\_\_

## Haben Sie bereits eine Platzzusage in einer Kita in Malsch erhalten?

Nein

Ja wenn ja, in welcher Kita und ab wann: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz / Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Ja  Nein

Alleinerziehend:  Ja  Nein

Beschäftigungsverhältnis: \_\_\_\_\_

(z.B. Vollzeit, Teilzeit-weniger als 20 Wochenstunden, Teilzeit- 20 Wochenstunden oder mehr, arbeitssuchend, Studentin, Auszubildende, Elternzeit, nicht berufstätig oder andere

Bildungsmaßnahmen (Sprachkurs, Weiterbildung etc.): \_\_\_\_\_

Bezieht SGB II Leistungen:  Ja  Nein

**Angaben zum Vater:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz / Mobil): \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Ja  Nein

Alleinerziehend:  Ja  Nein

Beschäftigungsverhältnis: \_\_\_\_\_

(z.B. Vollzeit, Teilzeit-weniger als 20 Wochenstunden, Teilzeit- 20 Wochenstunden oder mehr, arbeitssuchend, Studentin, Auszubildende, Elternzeit, nicht berufstätig oder andere

Bildungsmaßnahmen (Sprachkurs, Weiterbildung etc.): \_\_\_\_\_

Bezieht SGB II Leistungen:  Ja  Nein

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Einrichtungsleitung:

\_\_\_\_\_