



St. Joseph
Im Hagenacker 4
44805 Bochum

Einrichtungsleiterin: Frau Kühl
Tel: 0234 / 85 17 00
Fax: 0234/ 8906495

Mail: kita.st.joseph.bochum@kita-zweckverband.de
www.kita-st-joseph-bochum-hiltrop.de

Anmeldung

Betreuungsangebote: monatlich von Montag bis Freitag

Stundenanzahl	25 Stunden 07:30 – 12:30 Uhr	35 Stunden 07:30 – 12:30 Uhr und 14:30 – 16:30 Uhr	35 Stunden 07:30 – 14:30 Uhr	45 Stunden: 07:30 – 16:30 Uhr
Ab wann?				
unter 2 Jahre	-----	-----		
ab 2 Jahre		-----		
ab 3 Jahre				
Was für ein Betreuungsangebot benötigen / wünschen Sie sich, dass optimal ihrer Arbeitszeit entsprechen würde? (Bitte Angaben über Tage und Uhrzeiten)				

1. Angaben zum Kind

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangehörigkeit :	
Geschlecht:		Krankenkasse:	
Sprache:		weitere Sprachen:	
Geschwisterkinder (Geb.-Datum)	1.	2.	3.

Besucht eines der Geschwister eine andere Kindertageseinrichtung? _____
(Name der Einrichtung)

Sind Sie allein erziehend? Ja Nein Sind Sie verheiratet? Ja Nein
Sind Sie getrennt lebend? Ja Nein Leben Sie in einer eheähnlichen Familie? Ja Nein
Sonstiges?
Wer hat das Sorgerecht? Mutter & Vater Mutter Vater Vormund _____

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten MUTTER

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:	
Konfession:		Beruf:	
PLZ:		Arbeitgeber:	
Wohnort:		Zur Zeit berufstätig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Straße: / Nr:		Ausbildung :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonnummer: ☎		Sonstiges:	
Handy:		E-Mail:	

VATER

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:	
Konfession:		Beruf:	
PLZ:		Arbeitgeber:	
Wohnort:		Zur Zeit berufstätig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Straße: / Nr:		Ausbildung :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonnummer:☎		Sonstiges:	
Handy:		E-Mail:	

3. Der Hausarzt des Kindes ? (Name / Anschrift / Tel.)

4. Überstandene Krankheiten :
 Masern Röteln Scharlach Windpocken Mumps

 Sonstiges: _____

 Allergien wenn ja- was: _____
5. Impfungen / U – Untersuchungen
 Impfschutz Nein Ja

 wenn Ja , letzte Impfung erfolgte am: _____

 die letzte U –Untersuchung, erfolgte am: _____

6. Wurde Ihr Kind im KiTa-Portal der Stadt Bochum angemeldet? Ja Nein
7. Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam?
8. Warum wählten Sie unsere Einrichtung?
9. Ist Ihre Anmeldung ein Notfall oder Härtefall? Ja Nein

Wenn Ja – warum? _____

10. Die Daten werden im Computersystem für die Verwaltung des KiTa- Zweckverbandes und im KiTa-Portal der Stadt Bochum gespeichert.

 Dazu benötigen wir ihr Einverständnis. Ja Nein

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie uns, dass alle Angaben der Richtigkeit entsprechen.
Wir bitten Sie uns jegliche Veränderung ebenfalls mitzuteilen.

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten.....

Bitte bringen Sie die Geburtsurkunde Ihres Kindes -im Original oder eine Kopie davon mit !

Anmeldung erhalten am :	entgegen genommen von Frau
Geburtsurkunde : Nein Ja	Hausbesuch wenn Ja -am:
Taufbescheinigung: (wenn Konfession) :	Eintrag Kita-Plus am :