



## Anmeldung Familienzentrum St. Lamberti 2021/2022

  
Liebfrauen  
Kindergarten  
Schützenwall 4  
02541/72305

  
St. Jakobi  
KINDERGARTEN  
Franz-Darpe-Str. 7  
02541/3436

  
Kindergarten  
St. Lamberti  
Walkenbrückenstraße 12  
02541/740 805 510

  
Kindergarten  
Maria Frieden  
Friedensweg 12  
02541/3188

Bitte tragen Sie Ihren Erstwunsch, Zweitwunsch, Drittwunsch in die Kästchen ein.  
Für unseren Verbund wird nur eine Anmeldung benötigt.

Wir haben unser Kind auch außerhalb des Verbundes angemeldet:

 ja nein

### 1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  m  w Muttersprache: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Aufnahme zum: \_\_\_\_\_  
Besonderheiten: (z.B. Behinderungen) \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten/ Abholberechtigten

**Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Geschwister:  Ja  Nein Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

\* Ich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten unseres/ meines Kindes (Name, Geburtsdatum und Wohnort) zu Planungszwecken bzw. Feststellung des Bedarfes an Kindergartenplätzen dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.

Datum, Ort und Unterschrift  
der/ des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_



## St. Lamberti Kindergarten

### Name des Kindes

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

### 4. Besondere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten

Allergien: \_\_\_\_\_ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Krankheiten: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

### 5. Angaben zum Betreuungswunsch

#### Montag - Freitag

- 25 Wochenstunden:** 07:00 Uhr bis 12:30 Uhr
- 35 Wochenstunden:** 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr  
(Das Kind erhält ein kostenpflichtiges Mittagessen im Kindergarten)
- 45 Wochenstunden:** 07:00 Uhr bis 16:00 Uhr  
(Das Kind erhält ein kostenpflichtiges Mittagessen im Kindergarten)

### 6. Öffnungszeiten

Haben Sie auch Betreuungsbedarf über unsere Öffnungszeit hinaus?  
Bitte geben Sie hier die benötigten Zeiten an:

\_\_\_\_\_

Wir beraten Sie dann gerne zu den Möglichkeiten.

### 7. Aufnahme

Gründe, die zu einer bevorzugten Aufnahme berechtigen können  
(z.B. Alleinerziehend; in der Ausbildung; Erwerbstätigkeit; Sonstiges...):

Besondere Wünsche: \_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift

der/ des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_