

KINDERGARTEN ST. WOLFGANG 2

Theodor-Storm-Str. 9, 93051 Regensburg Tel.: 0941/99553 kiga2@kindergarten-st-wolfgang.de

1. Angaben zum Kind und den Eltern

Vorname des Kindes _____ Nachname des Kindes _____

Geschlecht _____ Geburtsdatum _____

Vorname der Mutter _____ Nachname _____

Vorname des Vaters _____ Nachname _____

Herkunftsland d. Mutter _____ Herkunftslad d. Vaters _____

Anschrift _____

Telefonnummern _____

E-Mail _____

Sind Sie alleinerziehend? ☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie berufstätig?

Mutter ☐ Nein ☐ Ja Arbeitgeber _____

Vater ☐ Nein ☐ Ja Arbeitgeber _____

Welche Sprachen spricht das Kind?

Geschwister

Name und Geburtsdatum

2. Betreuungswünsche

Aufnahmedatum _____
(gewünscht) (spätestens möglich)

Voraussichtliche Betreuungszeit: ☐ 4 – 5 Std. ☐ 5 – 6 Std.
☐ 6 – 7 Std. ☐ 7 – 8 Std.
☐ 8 – 9 Std. ☐ mehr als 9 Std.

Ist das Kind bereits betreut? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo (Krippe, Tagesmutter,...): _____

Sonstiges: _____

