



Familienzentrum NRW  
**STERNSCHNUPPE**  
 Kath. Tageseinrichtung f. K.  
 Niederpleiser Str. 16  
 53757 Sankt Augustin-Mld.

Träger der Einrichtung  
 Kath. Kirchengemeindeverband (KGV)  
 Sankt Augustin  
 Alte Marktstr. 45  
 53757 Sankt Augustin

Ansprechpartner: Frau Wagner (Leitung)  
 Telefon: 02241 - 34 17 45  
[www.fz-sternschnuppe.de](http://www.fz-sternschnuppe.de) [fz-sternschnuppe@netcologne.de](mailto:fz-sternschnuppe@netcologne.de)

<b>1</b>	<b>Anmeldung</b>		<b>Aufnahmewunsch</b>	
	Name des Kindes		Geburtstag	
	Betreuungsart	<input type="checkbox"/> I Kinder von 2 Jahren bis zur Einschulung <input type="checkbox"/> II Kinder unter 2 Jahren <input type="checkbox"/> III Kinder von 3 Jahren und älter	Konfession	
	Betreuungszeit	<input type="checkbox"/> 25 Std. <input type="checkbox"/> 35. Std. <input type="checkbox"/> 45. Std.	Tauftag	
	Nationalität		Familiensprache	
	Anschrift		Telefon	
<b>2</b>	<b>1. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
	<b>2. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
<b>3</b>	<b>Weitere Angaben</b>			
	Zahl der im Haushalt lebenden Geschwisterkinder unter 18*			
	Alter der Geschwisterkinder			
	Wächst das Kind anderssprachig auf?		<input type="checkbox"/>	
	Stammt ein Elternteil aus einem ausl. Herkunftsland?		<input type="checkbox"/>	
	<b>Für die Einrichtungen, die auch Mittagsplätze haben</b>			
	Soll die Betreuung vormittags verlängert einschließlich Mittagszeit erfolgen?		<input type="checkbox"/>	
	Soll das Kind ein Mittagessen von der Einrichtung erhalten?		<input type="checkbox"/>	
<b>4</b>	<b>Gesundheitsvorsorgeuntersuchung</b>			
	Der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes wird spätestens bei Abschluss des Betreuungsvertrages gegenüber dem Träger der Tageseinrichtung für Kinder (gegebenenfalls der Leiterin/dem Leiter*) durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung erbracht (§ 10 Kinderbildungsgesetz, KiBiz)			
<b>5</b>	<b>Bemerkungen</b>			
	Besteht bei Ihnen zusätzlicher Betreuungsbedarf, über die Öffnungszeiten der Kita hinaus?			
<b>6</b>	<b>Jugendamt</b>			
	*Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten (Name, Geburtsdatum und Wohnort) unseres/meines Kindes _____ zu Planungszwecken / Feststellung des Bedarfs an Kindergartenplätzen dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.			

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r

Erziehungsberechtigte/r