



<b>Antrag auf Aufnahme im          Evangelischen Familienzentrum          Regenbogen</b>	Von der Familie gewünschter Aufnahmetag: <hr/>
	Gruppenwunsch: <hr/>

<b>Angaben zum Kind</b>		
Familienname	Vorname/n	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geschlecht	Geburtsort/ Land
Konfession		
<b>Chronische körperliche</b> (z.B. Allergien), <b>geistige</b> (z.B. Wahrnehmungsstörungen) oder <b>seelische Erkrankungen</b> (z.B. Traumata):  		

<b>Wunsch für Betreuungszeiten</b>	<b>Gebühr Krippe</b> (ab dem 1. bis zum 3. Geburtstag)	<b>Gebühr Kita</b> (ab dem 3. Geburtstag)
07:00 – 13:00 Uhr	<input type="radio"/> 192,00 €	<input type="radio"/> 00,00 €
07:00 – 15:00 Uhr	<input type="radio"/> 256,00 €	<input type="radio"/> 56,00 €
07:00 – 16:30 Uhr	<input type="radio"/> 320,00 €	<input type="radio"/> 112,00 €
Bei Geschwisterkindern zahlen Familien jeweils das Kind mit dem günstigeren Beitragssatz nur 50% des Beitrages.		
Kosten für das Mittagessen: täglich 3,50 € für Kinder <b>unter</b> 3 Jahren (pro Tag buchbar) täglich 4,00 € für Kinder <b>über</b> 3 Jahren (pro Tag buchbar)		

In welchen Kindertageseinrichtungen haben Sie ggf. Ihr Kind auch noch angemeldet?  
 Welche Kitas sind dies?

---

Welche Kita ist Ihr Erstwunsch?

---



**Weitere Angaben zur Familie**

<b>Geschwisterkind</b> Name: _____ _____	Alter: _____	In der Familie lebend  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Geschwisterkind im Familienzentrum  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Geschwisterkind</b> Name: _____ _____	Alter: _____	In der Familie lebend  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Geschwisterkind im Familienzentrum  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Geschwisterkind</b> Name: _____ _____	Alter: _____	In der Familie lebend  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Geschwisterkind im Familienzentrum  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

**Angaben zu Eltern/ Erziehungsberechtigte**

Familienname (Mutter)	Familienname (Vater)
Vorname	Vorname
Straße	Straße
PLZ/ Wohnort	PLZ/ Wohnort
Telefon	Telefon
Mail	Mail
Konfession	Konfession



<b>Weitere Angaben</b>		
Mutter ist berufstätig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Mutter ist in der Ausbildung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Mutter besucht Integrationskurs <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vater ist berufstätig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Vater ist in der Ausbildung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Vater besucht Integrationskurs <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Mutter ist alleinerziehend <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Vater ist alleinerziehend <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Familie ist mehrsprachig <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

**Andere für die Familie wichtige Angaben:**

**Mit meiner/unserer Unterschrift willige/n ich/wir ein, die getätigten Angaben zu meinem/unserem Kind bezüglich der Kita-Platzvergabe mit der Sozialverwaltung der Stadt Aßlar abzustimmen.**

<b>Datum/ Unterschrift Erziehungsberechtigte :</b>	<b>Datum/ Unterschrift: Erziehungsberechtigte :</b>
--	---

**Wird von der Einrichtung bei Aufnahme ausgefüllt:**

<b>Aufnahme zum:</b>	<b>Gruppe:</b>
----------------------	----------------

Ev. Familienzentrum Regenbogen  
Pestalozzistr. 2  
35614 Aßlar  
Tel.: 06441/81577  
Mail: familienzentrum-regenbogen-asslar@ekir.de

