



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

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

Wunsch für Betreuungszeiten	Gebühr Krippe (ab dem 1. bis zum 3. Geburtstag)	Gebühr Kita (ab dem 3. Geburtstag)
07:00 – 13:00 Uhr	<input type="radio"/> 204,00 €	<input type="radio"/> 00,00 €
07:00 – 15:00 Uhr	<input type="radio"/> 272,00 €	<input type="radio"/> 60,00 €
07:00 – 16:30 Uhr	<input type="radio"/> 340,00 €	<input type="radio"/> 120,00 €
Bei Geschwisterkindern zahlen Familien jeweils das Kind mit dem günstigeren Beitragssatz nur 50% des Beitrages.		
Kosten für das Mittagessen: täglich 3,50 € für Kinder unter 3 Jahren (pro Tag buchbar) täglich 4,00 € für Kinder über 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

Geschwisterkind 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
Geschwisterkind 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
Geschwisterkind 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



Weitere Angaben		
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.

Datum/ Unterschrift Erziehungsberechtigte :	Datum/ Unterschrift: Erziehungsberechtigte :
--	---

Wird von der Einrichtung bei Aufnahme ausgefüllt:

Aufnahme zum:	Gruppe:
----------------------	----------------

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

