

ANMELDEBOGEN KINDERTAGESSTÄTTE IN DER GEMEINDE BÖSEL 2025/2026

Seite 1/3

BITTE IN DRUCKBUCHTSABEN AUSFÜLLEN

ANGABEN ZUM KIND

Nachname		Vorname	
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum
Geburtsort		Geburtsname falls abweichend	
Straße Hausnummer PLZ/Ort			
Konfession		Nationalität	
Familiensprache		Herkunftsland	
Krankenkasse		Hausarzt/Kinderarzt (Name + Ort)	
Geschwister	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: Geburtsdatum: Aktuelle Einrichtung (andere Kita/Schule): Name: Geburtsdatum: Aktuelle Einrichtung (andere Kita/Schule): Name: Geburtsdatum: Aktuelle Einrichtung (andere Kita/Schule):		
Bisherige Betreuung	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Einrichtung: <input type="checkbox"/> Tagesmutter/-vater / Großtagespflege:		
Besonderheiten/Informationen/Wichtige Infos (Ärztliche Behandlung, Allergien, Frühförderung, Therapie etc.):			

ANMELDEBOGEN KINDERTAGESSTÄTTE IN DER GEMEINDE BÖSEL 2025/2026

SEITE 2/3		
NAME DES KINDES:		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Elternteil I Sorgerecht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Elternteil II Sorgerecht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> </div>
Nachname		
Geburtsname <i>Falls abweichend</i>		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße & Hausnr. PLZ/Ort <i>Falls abweichend vom Kind</i>		
Festnetz-Telefonnr.		
Mobil		
E-Mail		
Geburtstag		
Geburtsort /-land		
Nationalität		
Konfession		
Familienstand		
	<input type="checkbox"/> erwerbstätig Std./Woche: _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> erwerbstätig Std./Woche: _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend
Arbeitgeber		
Zum Zeitpunkt der Aufnahme in Elternzeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bis:
Sonstiges		

