

# Anmeldung



## zur Aufnahme in das Familienzentrum St. Cäcilia in Irmgarteichen

Träger: Caritasverband Siegen Wittgenstein e.V.

### Angaben zum Kind:

Familienname: ..... Vorname(n): .....  
Wohnort: ( ) .....  
Ortsteil: ..... Straße: .....Nr. ....  
Telefon: ..... Konfession: .....  
geb. am .....in..... Staatsangehörigkeit: .....  
Geschwister: .....Alter:..... Geschlecht:  weiblich  männlich

### Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

#### Mutter

Familienname: .....  
Vorname: .....  
geboren am: .....  
Konfession: .....  
Wohnort: ( ) .....  
Straße: .....Nr. ....  
Telefon: .....  
E-Mail:.....  
Beruf:.....  
beschäftigt bei: .....  
berufstätig:  ja  nein  
 Vollzeit  Teilzeit  
alleinerziehend:  ja  nein

#### Vater

Familienname.....  
Vorname: .....  
geboren am: .....  
Konfession: .....  
Wohnort: ( ).....  
Straße: .....Nr. ....  
Telefon:.....  
E-Mail.....  
Beruf:.....  
beschäftigt bei: .....  
berufstätig:  ja  nein  
 Vollzeit  Teilzeit  
alleinerziehend:  ja  nein

Telefonnummern und Namen von Personen die im Notfall benachrichtigt werden sollen/können:

Name: ..... Telefonnummer: .....  
➤  
➤  
➤  
➤

## Übermittag-Betreuung

Ist eine (kostenpflichtige) Übermittag-Betreuung gewünscht / erforderlich?  ja  nein

Liegt bereits eine Anmeldung bei einem anderen Kindergarten vor,  ja  nein  
oder wird zurzeit ein anderer Kindergarten besucht? - Wenn ja welcher? .....

.....

Wann ist der gewünschte Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

Welche Betreuungszeit möchten Sie für Ihr Kind "buchen"? (bitte ankreuzen)

- 25 Stunden (nur vormittags von 7.00 Uhr - 12.00 Uhr)
- 35 Stunden (07.00 - 12.30 Uhr & 14.00 - 16.00 Uhr)
- 35 Stunden (07.00 - 14.00 Uhr mit Mittagessen)
- 45 Stunden (07.00 - 16.00 Uhr)

Ist der Bedarf der Betreuungszeiten für Sie ausreichend  ja  nein

Wenn nein, was benötigen Sie?

- ich benötige Betreuung für mein Kind vor 07.00 Uhr
- ich benötige Betreuung für mein Kind nach 16.00 Uhr

Wunschbetreuung:.....

Mit dieser Anmeldung ist die Erziehung des Kindes im Sinne des katholischen Glaubens anerkannt.

**Ort:** ..... **Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

Sie werden über die Aufnahme informiert. Bei Fragen sind wir gerne für Sie da!

Auskunft erhalten Sie bei der Einrichtungsleitung Michaela Büdenbender telefonisch unter 02737/2182666 oder per E-Mail: [m.buedenbender@caritas-siegen.de](mailto:m.buedenbender@caritas-siegen.de)

