



<p>Ev. Kindertagesstätte St. Michael Gojenbergsweg 26 21029 Hamburg kita@st-michael-bergedorf.de Tel 040 / 7215543</p>	<p>Betreuungsumfang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Elementar 5 Stunden + Mittag <input type="radio"/> Elementar 6 Stunden <input type="radio"/> Elementar 8 Stunden <input type="radio"/> Elementar 10 Stunden
---	--

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____
 geboren am: _____ Geburtsort: _____
 Religion: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Vorrangig gesprochene Sprache: _____
 Telefon: _____ Mobil: _____
 Anschrift: _____

Angaben der Eltern:

	Mutter	Vater
Name, Vorname:	_____	_____
geboren am:	_____	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	_____
Herkunftsland:	_____	_____
Geburtsort:	_____	_____
Religionszugehörigkeit:	_____	_____
Anschrift, wenn abweichend vom Kind:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
E-Mail	_____	_____
Notfallnummern:	_____	_____
Sorgerecht:	<input type="radio"/> gemeinsam	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater
Geschwister:	Name, Jahrgang _____	
Name des Hausarztes:	_____	
Krankenkasse:	_____	versichert bei: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater
Besonderheiten:	<i>Allergien ect.</i> _____	

Datum _____ Unterschrift _____