

Evangelischer Kirchenkreis Münster

# Anmeldung



Von-Vincke-Straße 23, 59399 Olfen

Tel.: 0 25 95 - 31 86

E-Mail: [kontakt@familienzentrum-olfen.de](mailto:kontakt@familienzentrum-olfen.de)  
[www.familienzentrum-olfen.de](http://www.familienzentrum-olfen.de)

Vor- und Zuname des Kindes:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Handy-Nummern: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertreter des Kindes:

Vater: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Leben Sie getrennt? \_\_\_\_\_ Sind Sie alleinerziehend? \_\_\_\_\_

Wo sind Sie notfalls telefonisch erreichbar \_\_\_\_\_

Wer ist außer Ihnen noch berechtigt das Kind abzuholen?

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Buchungszeiten:

Montag bis Freitag

- 25 Std. 07:00 - 12:00 Uhr
- 25 Std. 07:30 - 12:30 Uhr
- 35 Std. 07:00 – 14:00 Uhr
- 45 Std. 07:00 – 16:00 Uhr
- ggf. 16:30 Uhr

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie für Ihr Kind eine bedarfsgerechte Buchungszeit benötigen. Wir sind gerne bereit im Rahmen unserer Möglichkeiten, eine individuelle Lösung mit Ihnen zu finden.

➤ Kindergarten-Erst – Wunsch \_\_\_\_\_

➤ Kindergarten-Zweit – Wunsch \_\_\_\_\_

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zur Darstellung von Besonderheiten Ihres Kindes, benutzen Sie bitte die Rückseite des Formulars.