

# Aufnahmevertrag

Kath. Kindergarten St. Sebastian  
Spessartstr. 6  
97788 Neuendorf  
Tel. 09351-4151  
info@kiga-neuendorf.de

## **Personalien des Kindes:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

## **Name und Geburtsdatum der Geschwister:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

## **Leben die Eltern getrennt?:**

O Ja

O Nein

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Geplante Aufnahme ab: \_\_\_\_\_

## **Personalien des Vaters/1. Personensorgeberechtigter:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Geburtsort\*: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession\*: \_\_\_\_\_  
Familienstand\*: \_\_\_\_\_ Geburtsname\*: \_\_\_\_\_

Beruf\*: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber\*: \_\_\_\_\_

momentan berufstätig: O Ja O Nein

Vollzeit Teilzeit Schicht (bitte unterstreichen)

Telefonisch erreichbar (privat): \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar (dienstlich): \_\_\_\_\_

## **Personalien der Mutter / 2. Personensorgeberechtigter:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Geburtsort\*: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession\*: \_\_\_\_\_  
Familienstand\*: \_\_\_\_\_ Geburtsname\*: \_\_\_\_\_

Beruf\*: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber\*: \_\_\_\_\_

momentan berufstätig\*: O Ja O Nein

