



## Aufnahmeantrag Rotkreuzkindergarten

Rotkreuzkindergarten der Schwesternschaft München vom BRK e. V.  
Volkartstraße 3, 80634 München, Tel./Fax 089/1303-2860

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Wohnhaft in: Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Nationalität

\_\_\_\_\_  
Konfession

### Familiäre Angaben

#### Mutter

#### Vater

Name:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nationalität:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitglied der Schwesternschaft München:

Ja  Nein

Mitarbeiter der Schwesternschaft München oder Ihrer Einrichtungen:

Ja  Nein

Besuchte Ihr Kind bisher schon eine Tagesmutter/Kindergruppe/Krippe?

Ja  Nein

Name der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

Zeitpunkt der gewün. Aufnahme:

\_\_\_\_\_

Buchungszeit:

\_\_\_\_\_

### Geschwister

#### Geb. Datum

Name der Einrichtung/Schule die das Geschwisterkind evtl. besucht

Name:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten