



**Kita Luthers Apfelbaum**

Wilhelm-Busch-Ring 7a

63486 Bruchköbel

Tel.: 06181/740587

Fax: 06181/9453835

Mail: [kita.luthersapfelbaum@ekkw.de](mailto:kita.luthersapfelbaum@ekkw.de)

## Anmeldung

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_

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

Geschwister in der Einrichtung?: nein  ja

**Eltern:**

Vor- und Zuname der Mutter: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Berufstätigkeit: nein  ja

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Abholberechtigt:  Wohnanschrift des Kindes:

Vor- und Zuname des Vaters: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Berufstätigkeit: nein  ja

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Abholberechtigt:  Wohnanschrift des Kindes:

**Folgendes Platzangebot möchte ich in Anspruch nehmen:**

Vormittags 7.00 bis 12.00 Uhr ohne Mittagessen:

7.00 bis 15.00 Uhr

Ganztags 7.00 bis 16.30 Uhr

Gewünschtes Datum für die Aufnahme: \_\_\_\_\_

Bruchköbel, den \_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



**Kita Luthers Apfelbaum**

Wilhelm-Busch-Ring 7a

63486 Bruchköbel

Tel.: 06181/740587

Fax: 06181/9453835

Mail: [kita.luthersapfelbaum@ekkw.de](mailto:kita.luthersapfelbaum@ekkw.de)

---

Eingegangen am: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Leitung