

Montessori Fördergemeinschaft Penzberg e.V.

Grube 19

82377 Penzberg

Tel. 08856 932792

kinderhaus@montessori-penzberg.de

www.montessori-penzberg.de

Platz für ein aktuelles Foto

Bitte überlassen Sie uns mit
diesen Blättern ein möglichst
aktuelles Foto Ihrer Familie.

Anmeldung

Die angegebenen Daten werden unter Berücksichtigung
der §§ 1-6 und 22-30 Bundesdatenschutz gespeichert.

Personalien des Kindes

Name _____ Vorname (n) _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____

Geschwister (Alter) _____

Warum haben Sie für Ihr Kind diese Einrichtung gewählt?

Haben Sie Erfahrung mit der Montessori Pädagogik?

Was gefällt Ihnen an der Montessori Pädagogik besonders gut?

Was erwarten Sie von unserer Einrichtung?

**Unsere Einrichtung lebt von der Initiative der Eltern.
Worin liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile in der Elternmitarbeit?**

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

Was mag Ihr Kind besonders gerne?

Wie kann man Ihr Kind trösten?

Was bringt Ihr Kind zum Lachen?

In welcher Reihenfolge haben Sie Ihr(e) Kind(er) in welchen Kindergärten in Penzberg angemeldet?

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Sind Allergien/Unverträglichkeiten vorhanden?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung (geistig/körperlich) festgestellt? ja

nein

Wenn ja, welche?

Schutzimpfungen (bitte mit Angabe des letztmaligen Impfzeitpunktes)

Tetanus _____

Sonstige _____

Krankenkasse/bei wem ist das Kind versichert?

Hausarzt oder Kinderarzt

Personalien der Eltern

Mutter

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____
ausgeübt in Vollzeit Teilzeit erziehend zu Hause

Anschrift _____

E-Mail _____ wollen Sie unsere Post per E-Mail? ja nein

Telefon _____ Mobil _____

Vater

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____
ausgeübt in Vollzeit Teilzeit erziehend zu Hause

Anschrift _____

E-Mail _____ wollen Sie unsere Post per E-Mail? ja nein

Telefon _____ Mobil _____

Leben die Eltern getrennt? ja nein

Personensorgeberechtigt ist (falls abweichend von Eltern):

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____
ausgeübt in Vollzeit Teilzeit erziehend zu Hause

Anschrift _____

E-Mail _____ wollen Sie unsere Post per E-Mail? ja nein

Telefon _____ Mobil _____

Verhältnis zum Kind (Großeltern, Pflegeeltern o.ä.) _____

Unterbringung des Kindes im Notfall:

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Von wem darf das Kind (außer den Personensorgeberechtigten) abgeholt werden?

Name _____ Name _____

Vorname _____ Vorname _____

Straße _____ Straße _____

PLZ, Ort _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ **Telefon** _____

Mobil _____ **Mobil** _____

Unsere Öffnungszeiten

Montag – Donnerstag 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr

Freitag 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr

Gewünschte Buchungszeiten

(bitte ankreuzen)

Mögliche Buchungszeiten (morgens ab 7.30 Uhr)	bis 12.00 Uhr	bis 13.00 Uhr	bis 15.00 Uhr
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)