



Montessori  
Kindergarten  
Penzberg

**Montessori Fördergemeinschaft Penzberg e.V.**  
Grube 19  
82377 Penzberg  
Tel. 08856-932792  
kontakt@montessori-kindergarten-penzberg.de  
www.montessori-kindergarten-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?  
Wenn ja, welche?**

ja

nein

---

---

**Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung (geistig/körperlich) festgestellt?  
Wenn ja, welche?**

ja

nein

---

---

**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
<b>Montag</b>			
<b>Dienstag</b>			
<b>Mittwoch</b>			
<b>Donnerstag</b>			
<b>Freitag</b>			

\* generell gibt es Mittagessen ab 4 Jahren und nach Dringlichkeit

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)  
Montessori Fördergemeinschaft Penzberg e.V. 5 / 5