

Anmeldung für das Integrative Montessori Familienzentrum Menschen im Zentrum e.V. für das Kindergartenjahr _____

Kind	1. Elternteil
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtstag:	Geburtstag:
Geschlecht:	Beruf:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Familiensprache:	PLZ/Wohnort:
Straße:	Straße:
PLZ/ Wohnort:	Telefon privat:
Hat ihr Kind eine Behinderung? Ja ☐ Nein ☐	Handy:
Diagnose:	Telefon beruflich:
Wer gestellt:	E-Mail:
Benötigt ihr Kind besondere Förderung? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja bitte ankreuzen welche:	2. Elternteil
	Name:
Physiotherapie:	Vorname:
Ergotherapie:	Geburtstag:
Logopädie:	Beruf:
Psychomotorik:	Staatsangehörigkeit:
Heilpädagogische Frühförderung:	PLZ/ Wohnort:
	Straße:
Bisher besuchte Einrichtungen:	Telefon privat:
Physiotherapie:	E-Mail:
Ergotherapie:	Sorgeberechtigt ist/ sind: 1. Elternt. ☐ 2. Elternt. ☐
Logopädie:	Beide ☐
Psychomotorik:	Geschwister besucht/en bereits das
heilpäd. Frühförderung:	Familienzentrum Ja ☐ Nein ☐
Kita:	Geplante Anmeldung zum
Kita- Navigator:	
Bereits für das gewünschte Kita- Jahr angemeldet? Ja ☐ Nein ☐	Mein Kind darf mit den vorliegenden Daten im Kitanavigator gesucht und ggf. nachgepflegt werden Ja ☐ Nein ☐
Es wird Hilfe bei der Anmeldung benötigt? Ja ☐ Nein ☐	

Sonstiges:

.....

.....

.....

Datum.....

Unterschrift (Elternteil).....

Unterschrift Gesprächspartners IMF.....