



INTEGRATIVER MONTESSORI - KINDERGARTEN

Mauritz-Lindenweg 100, 48145 Münster, Tel: 0251 / 234591, Fax: 234590

Aufnahmeantrag für das Kindergartenjahr 20_____

Gruppentyp: **IIc (1-3 Jahre):** _____ **IIIc(3-6 Jahre):** _____

Erziehungsberechtigte/r:

Name, Vorname _____

Name, Vorname _____

Straße: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. priv.: _____

Tel.priv.: _____

Tel.mobil: _____

Tel.mobil: _____

Geb.: _____ Staatsang. _____

Geb.: _____ Staatsang. _____

Beruf: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigt: Mutter / Vater (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Anzahl und Geburtsdatum der Geschwister: _____

Wird ihr Kind schon in einer Tagespflege/Großtagespflegestelle oder von einer anderen Person betreut?

_____ Ja / Nein

Angaben über das Kind

Name, Vorname _____ Geb.: _____

Wird ihr Kind auf Grund einer Krankheit ständig ärztlich betreut oder ist es in seiner Entwicklung verzögert?

Wenn ja, wegen welcher Krankheit und in welchen Bereichen? _____

Hat Ihr Kind gemäß §§53ff SGBXII einen erhöhten Förderbedarf und somit Anspruch auf einen Integrationsplatz? Wenn ja, aufgrund welcher Diagnose? _____

Um Ihr Kind besser kennen zu lernen beschreiben Sie uns in einem Brief etwas über Ihr Kind und sich. Auch über Ihre Motivation Ihr Kind bei uns anzumelden und in welchem Bereich Sie sich engagieren können, möchten wir gerne mehr erfahren.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum, _____ Unterschrift der/des Sorgeberechtigten _____