



**Kindertagesstätte St. Michael**

Gojenbergsweg 26  
21029 Hamburg,  
Tel 040 / 7215543 Fax 040 / 725 418 95

**Betreuungsumfang:**

- Elementar 5 Stunden + Mittag
- Elementar 6 Stunden
- Elementar 8 Stunden
- Elementar 10 Stunden

**Angaben zum Kind:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Vorrangig gesprochene Sprache: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben der Eltern:**

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>	
Name, Vorname:	_____	_____	
geboren am:	_____	_____	
Staatsangehörigkeit:	_____	_____	
Herkunftsland:	_____	_____	
Geburtsort:	_____	_____	
Religionszugehörigkeit:	_____	_____	
Anschrift, wenn abweichend vom Kind:	_____	_____	
E-Mail Adresse	_____	_____	
Beruf:	_____	_____	
Notfallnummern:	_____	_____	
Sorgerecht:	<input type="radio"/> gemeinsam	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater
Geschwister:	Name, Jahrgang _____		
Name des Hausarztes:	_____		
Krankenkasse:	_____	versichert bei: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater	
Besonderheiten:	<u>Allergien ect.</u> _____		
Datum	_____		
Unterschrift	_____		