



Bayerisches
Rotes
Kreuz
Kreisverband
Eichstätt

Kindertageseinrichtung „Spatzennest“
Attenfelder Weg 2
85116 Egweil
Tel.: 08424 – 3994
Mail: kita-egweil.ei@brk.de
Web: www.kveichstaett.brk.de



Anmeldebogen für Kind

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Pol. Gemeinde: _____ Telefon: _____

Geb.Datum: _____ Geb.Ort/Land: _____ Konfession: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w Staatsangehörigkeit: _____

Sprachkenntnisse: ☐ deutsch ☐ andere _____

Das Kind hat bereits eine andere Tagesstätte besucht: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Geschwister: Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Allergien/chronische Krankheiten: _____

Name Hausarzt: _____ Tel.: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

Impfstatus: Tetanus Datum 1. Impfung _____ Datum 2. Impfung _____

Masern Datum 1. Impfung _____ Datum 2. Impfung _____

Gelbes U-Heft vorgelegt am _____

Erhöhter Förderbedarf ☐ ja ☐ nein Eingliederungshilfe SGB VIII ☐ ja ☐ nein

Bescheinigung gültig bis _____



P/KGST/Formulare/Kita



Seite 1 von 3



Stand: 2025-01



Bayerisches
Rotes
Kreuz

Kreisverband
Eichstätt

Kindertageseinrichtung „Spatzennest“

Attenfelder Weg 2

85116 Egweil

Tel.: 08424 – 3994

Mail: kita-egweil.ei@brk.de

Web: www.kveichstaett.brk.de



☐ Mutter ☐ Vater

☐ Personensorgeberechtigt

☐ Alleinerziehend

☐ Beitragszahler

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Staatsangeh.: _____

Herkunftsnation: _____

Fam.Stand: _____

Konfession: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Dienst: _____

Mobil privat: _____

Mobil Dienst: _____

E-Mail: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

Beruf: _____

Berufstätig: ☐ ja ☐ nein h/Woche: ____

☐ Mutter ☐ Vater

☐ Personensorgeberechtigt

☐ Alleinerziehend

☐ Beitragszahler

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Staatsangeh.: _____

Herkunftsnation: _____

Fam.Stand: _____

Konfession: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Dienst: _____

Mobil privat: _____

Mobil Dienst: _____

E-Mail: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

Beruf: _____

Berufstätig: ☐ ja ☐ nein h/Woche: ____



P/KGST/Formulare/Kita



Seite 2 von 3



Stand: 2025-01



Bayerisches
Rotes
Kreuz
Kreisverband
Eichstätt

Kindertageseinrichtung „Spatzennest“

Attenfelder Weg 2

85116 Egweil

Tel.: 08424 – 3994

Mail: kita-egweil.ei@brk.de

Web: www.kveichstaett.brk.de



Neben den oben genannten Personensorgeberechtigten sind zur Abholung berechtigt:

Abholberechtigt 1

Name: _____

Vorname: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Abholberechtigt 2

Name: _____

Vorname: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Abholberechtigt 3

Name: _____

Vorname: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Abholberechtigt 4

Name: _____

Vorname: _____

Str./Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Ich versichere die wahrheitsgemäßen Angaben der oben angeführten Informationen:

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/Personenberechtigten



P/KGST/Formulare/Kita



Seite 3 von 3



Stand: 2025-01