



kath. Familienzentrum Liebfrauen  
 Donnersbergring 38a; 64295 Darmstadt  
 Telefon: 06151-311507

# Anmeldebogen

(keine Platzzusage)

## 1. Personalien des Kindes:

Familienname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Konfession / Religion \_\_\_\_\_

## 2. Personalien der Eltern

	Mutter	Vater
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Wohnort und Straße:	_____	_____
Email-Adresse:	_____	_____
Geburtsort:	_____	_____
Konfession / Religion:	_____	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Arbeitgeber:	_____	_____
Telefon:	_____	_____
Emailadresse:	_____	_____
Familienstand Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> alleinstehend
Geschwister (Name, Alter, Einrichtung):	_____	

## 3. Betreuungswunsch:

Modell	Zeitraum	Wochenstunden	Beitragsstruktur
<b>Modell 1</b>	8:00 - 12:00	Bis 20 Std./Wo	Beitragsfrei + <b>10 €</b> Tee- und Spielgeld
<b>Modell 2</b>	8:00 - 14:00	Bis 30 Std./Wo	Beitragsfrei + <b>3 €</b> pro Mittagessen (ca. 60€ im Monat) + <b>10 €</b> Tee- und Spielgeld
<b>Modell 2b</b> (begrenzt)	7:30-15:00	Bis 40 Std./Wo	Monatlich <b>45,20 €</b> + <b>3€</b> pro Mittagessen (ca. 60 € im Monat) + <b>10 €</b> Tee- & Spielgeld
<b>Modell 3</b>	8:00 - 16:00		
<b>Modell 4</b> (begrenzt)	7:30 - 16:30	45 Std./Woche	Monatlich <b>90,40 €</b> + <b>3€</b> pro Mittagessen (ca. 60 € im Monat) + <b>10 €</b> Tee- und Spielgeld

Darmstadt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r