

# Kinder aus Kreuzberg e.V.

Lausitzer Platz 2  
10997 Berlin

Tel.: 030 / 818 00 480  
Fax: 030 / 818 00 481  
kinderauskreuzberg@gmx.de

## Kontaktformular

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

geb.am: \_\_\_\_\_ O Mädchen O Junge

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: (bitte deutlich schreiben) \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ z.Z. \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ z.Z. \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Zu welchem Termin wünschen Sie die Aufnahme des Kindes \_\_\_\_\_

Welche Betreuungszeiten benötigen Sie \_\_\_\_\_

Wogegen ist Ihr Kind geimpft worden \_\_\_\_\_

Machen Sie bitte Angaben über den Gesundheits- und Entwicklungszustand des Kindes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Geburtsdaten der Geschwister \_\_\_\_\_

Besucht es z.Z. einen Kindergarten/-laden, Miniclub usw . O ja O nein

Wenn ja, welchen \_\_\_\_\_

Gibt es nach Ihrer Meinung wesentliche Gründe, welche die Aufnahme Ihres Kindes besonders dringlich erscheinen lassen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift