



Aufnahmebogen für Kindertagesstätten der Stadt Weinstadt und anderer Träger

استمارة تسجيل في رياض الاطفال
في مدينة فاينشتات

(abzugeben im Amt) (يتم تسليمها في الادارة)

Angaben zum Kind

معلومات عن الطفل

Name und Vorname des Kindes

اسم الطفل و لقبه

Geburtsdatum des Kindes

تاريخ ميلاد الطفل

Anschrift des Kindes

عنوان اقامة الطفل

Geschlecht des Kindes

جنس الطفل

Religion / Konfession

الديانة

Nationalität des Kindes

الجنسية

Muttersprache des Kindes

اللغة الام

Name der Krankenkasse

اسم التأمين الصحي

Angaben zu den Personensorgeberechtigten

معلومات عن اولياء الامر

Name der Mutter

bzw. Sorgeberechtigten

لقب الام او ولي الامر

Vorname der Mutter

اسم الام

Anschrift der Mutter

عنوان الام

Telefonnummern der Mutter

رقم هاتف الام

privat:

الخاص

beruflich:

في العمل

Handy:

الجوال

Familienstand der Mutter

الحالة الاجتماعية للام (متزوجة, مطلقة...)

Nationalität der Mutter

(bzw. Herkunftsland)

جنسيتها او البلد القادمة منه

Arbeitgeber der Mutter

(bitte auch Arbeitsumfang angeben)

صاحب العمل/ المُشغَّل (مع تحديد نطاق العمل)

Name des Vaters

bzw. Sorgeberechtigten

لقب الاب او ولي الامر

Vorname des Vaters

اسم الاب

Anschrift des Vaters

عنوان الاب

Telefonnummern des Vaters

رقم هاتف الاب

privat:

الخاص

beruflich:

في العمل

Handy:

الجوال

Familienstand des Vaters:

الحالة الاجتماعية للاب

Nationalität des Vaters

(bzw. Herkunftsland)

جنسية الاب او البلد القادم منه

Arbeitgeber des Vaters

(bitte auch Arbeitsumfang angeben)

صاحب العمل/ المُشغَّل (مع تحديد نطاق العمل)



Angaben zu den Geschwistern

معلومات عن الاخوة و الاخوات

Zur Familie gehörende Kinder, die kindergeldberechtigt sind!!!

الاطفال في العائلة اللذين لديهم الحق في منحة الاطفال!

Name, Vorname, Geburtsdatum

اللقب الاسم تاريخ الولادة

Name, Vorname, Geburtsdatum

اللقب الاسم تاريخ الولادة

Name, Vorname, Geburtsdatum

اللقب الاسم تاريخ الولادة

Name, Vorname, Geburtsdatum

اللقب الاسم تاريخ الولادة

Krankheiten, Impfungen, Allgemeines

الامراض, التلقيح, معلومات عامة

Überstandene Krankheiten

الامراض المتعافى منها

Impfungen, Wann?

تلقيح و تاريخها؟

bitte Kopie des Impfpass beilegen!!!

الرجاء الحاق نسخة من دفتر التلقيح

Allergien

حساسية

Besonderheiten / Auffälligkeiten

مميزات خاصة امور مثيرة للانتباه

Kinderarzt des Kindes:

(genaue Anschrift und Telefon angeben)

طبيب الاطفال المتابع للطفل (مع عنوانه و رقم هاتفه)



In Notfällen telefonisch erreichbar

اشخاص يمكن الاتصال بهم في الحالات الطارئة

Name, Vorname, Bezug,

العلاقة او القرابة مع الطفل, الاسم, اللقب

Telefonnummern

رقم الهاتف

Name, Vorname, Bezug,

العلاقة او القرابة مع الطفل, الاسم, اللقب

Telefonnummern

رقم الهاتف

Name, Vorname, Bezug,

العلاقة او القرابة مع الطفل, الاسم, اللقب

Telefonnummern

رقم الهاتف

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen korrekt und vollständig aus.

Nur so ist die Aufnahme gewährleistet.

الرجاء ملء استمارة التسجيل بشكل صحيح و كامل
فقط بهذه الطريقة يمكن ضمان قبول الطفل

Datum

التاريخ

Unterschrift der

Personensorgeberechtigten

توقيع اولياء الامر
