

Angaben zum 1. Geschwister- / Halbgeschwisterkind

Anlage 2

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnanschrift

Betreuungsart & -umfang im Januar 2019*	Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflegestelle
<input type="checkbox"/> Kindertagespflege halbtags <input type="checkbox"/> Kindertagespflege teilzeit <input type="checkbox"/> Kindertagespflege ganztags <input type="checkbox"/> Krippe halbtags <input type="checkbox"/> Krippe teilzeit <input type="checkbox"/> Krippe ganztags <input type="checkbox"/> Kindergarten halbtags <input type="checkbox"/> Kindergarten teilzeit <input type="checkbox"/> Kindergarten ganztags <input type="checkbox"/> Hort teilzeit <input type="checkbox"/> Hort ganztags	

	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Kindschafts- verhältnis*:	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hinweis: * zutreffendes ankreuzen

Angaben zum 2. Geschwister- / Halbgeschwisterkind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnanschrift

Betreuungsart & -umfang im Januar 2019*	Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflegestelle
<input type="checkbox"/> Kindertagespflege halbtags <input type="checkbox"/> Kindertagespflege teilzeit <input type="checkbox"/> Kindertagespflege ganztags <input type="checkbox"/> Krippe halbtags <input type="checkbox"/> Krippe teilzeit <input type="checkbox"/> Krippe ganztags <input type="checkbox"/> Kindergarten halbtags <input type="checkbox"/> Kindergarten teilzeit <input type="checkbox"/> Kindergarten ganztags <input type="checkbox"/> Hort teilzeit <input type="checkbox"/> Hort ganztags	

	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Kindschafts- verhältnis*:	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hinweis: * zutreffendes ankreuzen

Angaben zum 3. Geschwister- / Halbgeschwisterkind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnanschrift

Betreuungsart & -umfang im Januar 2019*	Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflegestelle
<input type="checkbox"/> Kindertagespflege halbtags <input type="checkbox"/> Kindertagespflege teilzeit <input type="checkbox"/> Kindertagespflege ganztags <input type="checkbox"/> Krippe halbtags <input type="checkbox"/> Krippe teilzeit <input type="checkbox"/> Krippe ganztags <input type="checkbox"/> Kindergarten halbtags <input type="checkbox"/> Kindergarten teilzeit <input type="checkbox"/> Kindergarten ganztags <input type="checkbox"/> Hort teilzeit <input type="checkbox"/> Hort ganztags	

	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Kindschafts- verhältnis*:	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hinweis: * zutreffendes ankreuzen

Angaben zum 4. Geschwister- / Halbgeschwisterkind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnanschrift

Betreuungsart & -umfang im Januar 2019*	Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflegestelle
<input type="checkbox"/> Kindertagespflege halbtags <input type="checkbox"/> Kindertagespflege teilzeit <input type="checkbox"/> Kindertagespflege ganztags <input type="checkbox"/> Krippe halbtags <input type="checkbox"/> Krippe teilzeit <input type="checkbox"/> Krippe ganztags <input type="checkbox"/> Kindergarten halbtags <input type="checkbox"/> Kindergarten teilzeit <input type="checkbox"/> Kindergarten ganztags <input type="checkbox"/> Hort teilzeit <input type="checkbox"/> Hort ganztags	

	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Kindschafts- verhältnis*:	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Personensorge gem. § 1630 Abs. 2 BGB <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hinweis: * zutreffendes ankreuzen