

Anmeldebogen

Angaben zum Kind

| | | | |
|----------------|---|-----------------------------------|-------|
| Name | _____ | Geburtstag | _____ |
| Vorname | _____ | Nationalität | _____ |
| Straße | _____ | Konfession | _____ |
| PLZ | _____ | Familienstand | _____ |
| Ort / Ortsteil | _____ | der Eltern | _____ |
| Geburtsort | _____ | Kind spricht (Familiensprache) | _____ |
| Geschlecht | männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> | | |

Gesundheitsdaten

| | | | |
|---------------------------------|-------|-------------|-------|
| Krankheiten | _____ | Medikamente | _____ |
| Unverträglichkeiten & Allergien | _____ | | |
| Krankenkasse | _____ | Kinderarzt | _____ |

Angaben zu Geschwister & abholberechtigte Personen

| | | | |
|----------------------------|-------|------------------------------------|---|
| Geschwister Anzahl & Alter | _____ | Geschwisterkind in der Einrichtung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Abholberechtigte Personen | _____ | | |

Angaben zur Familie

Angaben zum 1. Erziehungsberechtigten:

| | | | |
|--|-------|--|---|
| Name | _____ | Geburtstag | _____ |
| Vorname | _____ | Nationalität | _____ |
| Straße | _____ | Konfession | _____ |
| PLZ | _____ | Telefon | _____ |
| Ort / Ortsteil | _____ | Handy | _____ |
| Beruf | _____ | E-Mail | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> geplant ab _____ |
| Personensorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | | Alleinsorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | |
| | | Alleinerziehend <input type="checkbox"/> | |

Angaben zum 2. Erziehungsberechtigten:

| | | | |
|--|-------|--|---|
| Name | _____ | Geburtstag | _____ |
| Vorname | _____ | Nationalität | _____ |
| Straße | _____ | Konfession | _____ |
| PLZ | _____ | Telefon | _____ |
| Ort / Ortsteil | _____ | Handy | _____ |
| Beruf | _____ | E-Mail | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> geplant ab _____ |
| Personensorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | | Alleinsorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | |
| | | Alleinerziehend <input type="checkbox"/> | |

Aufnahme & Betreuungszeiten

Gewünschtes Aufnahmedatum (Monat/Jahr) _____

Gewünschte Betreuungszeit: (bitte ankreuzen)

| | | |
|--------------------|--|--|
| 25 Stunden | 07:00 – 12:30 Uhr | |
| 35 Stunden – Block | 07:00 Uhr – 14:00 Uhr (mit kostenpflichtigem Mittagessen) | |
| 35 Stunden | 07:00 Uhr - 12:30 Uhr 14.00 Uhr - 16:00 Uhr | |
| 45 Stunden | 07:00 Uhr - 16:00 Uhr (mit kostenpflichtigem Mittagessen) | |

Besteht ein Betreuungsbedarf, der über unsere Öffnungszeiten hinausgeht?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Ich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum und Wohnort) meines / unseres Kindes zu Planungszwecken / Feststellung des Bedarfs an Kitaplätzen dem örtlichen Jugendamt zu Verfügung gestellt werden.

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrages zwischen den Personensorgeberechtigte(n) und dem Träger der Einrichtung.

Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werden der Einrichtung umgehend mitgeteilt.

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

.....

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten