

Anmeldebogen

Das Kind

Name: _____
 Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ / Wohnort: _____
 Ortsteil: _____
 Konfession: _____
 Staatsang.: _____
 2. Staatsang.: _____
 Kind spricht: _____

Familiensprache ist nicht deutsch

Bereits besuchte Einrichtung(en)

Abholberechtigt sind: (Geben Sie zu jeder Person den vollständigen Namen, Telefonnummer und ggf. Adresse an!)

Kind erhält Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB VIII

- wegen körperlicher Behinderung
- wegen geistiger Behinderung
- wegen drohender oder seelischer Behinderung
- Bescheinigung über Behinderung gültig bis _____

Gesundheit

Hausarzt

Krankenkasse

- Nachweis Früherkennungsuntersuchungen erbracht
- Nachweis über Impfschutz oder Impfberatung
Datum der letzten Tetanusimpfung _____

Telefon: _____

Geburtsdag: _____ Geschl.: _____

Geburtsort/ Land: _____

Aufnahmedatum: _____

Aufn.-Vertrag _____ Erh.am _____

Austritt _____ Grund _____

Anmeldedatum: _____

Hinweise zur Anmeldung:

Sorge- / Besuchsrecht

Geschwister Vorname Geburtsdatum

Anzahl _____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

weitere Geschwister

Gesundheitliche Besonderheit / Allergien

Was ist zu tun

Eltern des Kindes:

Bezug zum Kind: _____ Erziehungsberechtigter Alleinerziehend Beitragszahler Post

Anrede / Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

L-PLZ, Ort: _____

Ortsteil: _____

Beruf: _____

Geburtstag: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Staatsang.: _____

2. Staatsang.: _____

Herkunftsnat.: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Tel.-Arbeit: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Briefanrede: _____

Bankverbindung

BLZ: _____ Konto.Nr.: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Notizen:

Bezug zum Kind: _____ Erziehungsberechtigter Alleinerziehend Beitragszahler Post

Anrede / Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

L-PLZ, Ort: _____

Ortsteil: _____

Beruf: _____

Geburtstag: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Staatsang.: _____

2. Staatsang.: _____

Herkunftsnat.: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Tel.-Arbeit: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Briefanrede: _____

Bankverbindung

BLZ: _____ Konto.Nr.: _____

Bankname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Notizen:

Folgende Buchungszeiten werden im Rahmen der Öffnungszeiten der Kindertageseinrichtung gewünscht:

Zeiten:	von	bis	Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Migration (beide Eltern nicht deutschsprachiger Herkunft)

Kind erhält Eingliederungshilfe – Faktor 4,5 (Nachweis)

Anmerkungen zur Buchung

Mittagsverpflegung durch die Einrichtung

Ich / Wir / willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Ich / Wir willige/n ein, dass die Kindertageseinrichtung zu Planungszwecken der Kommune des Wohnsitzes des Kindes folgende Daten übermittelt: Name, Anschrift und Geburtsdatum des Kindes, Zu- oder Absage eines Betreuungsplatzes.

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

Ort, Datum

Unterschrift/en der Eltern/Personensorgeberechtigte/n