

Anschrift der Einrichtung/Stempel

Anmeldebogen Kindertageseinrichtung

 Posteingang in
der Einrichtung
(Datum,
Handzeichen)

1. Kind

Name, Vorname (alle, Rufname unterstreichen)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	
Straße, Hausnummer, Ortsteil	Staatsangehörigkeit 1. 2.	Religion Muttersprache	
Geschwisterkinder unter 18 Jahren, im Haushalt lebend			
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum	
gewünschte Betreuung	<input type="checkbox"/> Kindergarten VÖ (7:30 – 14:00 h) <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> VÖ <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> Ganztagsbetreuung (7:30 – 17:00 h) <input type="checkbox"/> Hort (nach Schulschluss – 17:00 h)		
Mittagessen	<input type="checkbox"/> Einzelessen 3,50 €	<input type="checkbox"/> Pauschale 50,00 €/mtl.	<input type="checkbox"/> kein Mittagessen
gewünschter Aufnahmetermin	wird vom Kindergarten ausgefüllt:	Aufnahmedatum	Austrittsdatum

2. Eltern

Mutter:	Name, Vorname	sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Anschrift wie Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern...	Telefonnummer für Notfälle o.ä. Privat Mobil Arbeitsplatz		
	Staatsangehörigkeit 1.	Staatsangehörigkeit 2.		
Vater:	Name, Vorname	sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Anschrift wie Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern...	Telefonnummer für Notfälle o.ä. Privat Mobil Arbeitsplatz		
	Staatsangehörigkeit 1.	Staatsangehörigkeit 2.		

3. Besondere Vermerke (z.B. Pflegeeltern, Großeltern, Tagesmutter o.ä.)

--

4. Hausarzt des Kindes (für Notfälle)

Name, Vorname	Anschrift	Telefonnummer

5. Überstandene Krankheiten (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> übertragbare Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten/Auffälligkeiten			
<input type="checkbox"/> Allergien			

6. Impfungen (bitte jeweils mit Datum eintragen, oder legen Sie das Impfung vor)

<input type="checkbox"/> Tetanus	1. am:	2. am:	3. am:	4. am:
<input type="checkbox"/> Diphtherie	am			
sonstige Impfungen:				
<input type="checkbox"/>	am:	
<input type="checkbox"/>	am:	
<input type="checkbox"/>	am:	

Die Benutzungsordnung wird zur Kenntnis genommen und anerkannt.

- Ich/wir versich/ere/ern, dass in der Wohngemeinschaft des Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht, übertragbare Krankheiten von Augen, Haut und Darm) **nicht** vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht auf eine solche Krankheit vorliegt.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt, wird die Einrichtungsleitung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

Datum	Unterschrift des Sorgeberechtigten*	Unterschrift des Sorgeberechtigten*

** Die Unterzeichnung hat grundsätzlich durch alle Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig ob diese verheiratet, getrennt lebend, geschieden oder unverheiratet sind. Nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) wird durch die Unterzeichnung durch einen Personensorgeberechtigten auch der andere personensorgeberechtigte Elternteil Vertragspartner. Die entsprechende Kenntnisnahme/Zustimmung wird durch Unterzeichnung bestätigt.*