

Anschrift der Einrichtung/Stempel

Posteingang in  
der Einrichtung

# Anmeldebogen Kindertageseinrichtung

Datum,

Handzeichen

**1. Kind**

Name, Vorname (alle, Rufname unterstreichen)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Divers
Straße, Hausnummer, Ortsteil	Staatsangehörigkeit 1. 2.	Religion _____ Muttersprache _____
<b>Geschwisterkinder unter 18 Jahren, im Haushalt lebend</b>		
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
<b>gewünschte Betreuung</b>	<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)	
<b>Mittagessen</b>		
Achtung: Wird nicht in jeder Einrichtung angeboten! Die Kosten und die genaue Vorgehensweise besprechen Sie bitte mit der Leitung.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>gewünschter Aufnahmeterrmin</b>	<b>wird vom Kindergarten ausgefüllt:</b>	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...	E-Mail: _____ Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____ Tel. 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...	E-Mail: _____ Tel. Privat _____ Tel. Mobil _____ Tel. 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. Impfungen (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> übertragbare Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Mumps	

### 6. Masernimpfung

<b>Das Impfbuch <u>oder</u> entsprechende Nachweise sind vorzulegen!</b>
Wird von der Einrichtung ausgefüllt <input type="checkbox"/> Dokumentation erledigt am: _____

### 7. Allergien, Auffälligkeiten und sonstige Krankheiten

----- ----- -----
-------------------------

**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.*