



Verbindliche Anmeldung

für die Betreuung meines/ unseres Kindes
in einer Kindertagesstätte der Gemeinde Hosenfeld

Hosenfeld



Hainzell



Aufnahmedatum:

.....

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind in der o.g. Kindertagesstätte verbindlich an:		
Name		Vorname/n
Geburtsdatum		Geburtsort
Geschlecht	Staatsangehörigkeit	Konfession
männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	
PLZ, Wohnort		Straße, Haus-Nr.

Ich/Wir benötige/n folgende Kinderbetreuung:

<input type="checkbox"/> Betreuung ab dem vollendeten 1. Lebensjahr (nur Kinderkrippe Hainzell)	<input type="checkbox"/> Betreuung ab dem vollendeten 2. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> Betreuung ab dem vollendeten 3. Lebensjahr
--	---	---

<input type="checkbox"/> <u>vormittags</u> Mo - Fr von 7:15 – 12:30 Uhr	<input type="checkbox"/> <u>ganztags</u> Mo - Do von 7:15 – 16:30 Uhr und Fr von 7:15 – 15:00 Uhr
<input type="checkbox"/> zusätzlich an 1 Nachmittag	Bitte <u>unbedingt</u> festen Wochentag angeben:
ODER	
<input type="checkbox"/> zusätzlich an 2 Nachmittagen	Bitte <u>unbedingt</u> feste Wochentage angeben:

Bitte beachten: Die gewählten Buchungszeiten sind verbindlich und können nur am Beginn (01.08.) und zum Halbjahr eines Betreuungsjahres (01.02.) gewechselt werden.

Angaben zu den Sorgeberechtigten und weitere Angaben zum Kind (* freiwillige Angaben)

	Sorgeberechtigte/r 1	Sorgeberechtigte/r 2
Familiename ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		
Konfession *		
Telefonische Erreichbarkeit	Privat:	Privat:
	Mobil:	Mobil:
	Beruflich:	Beruflich:
E-Mail *		
Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, tägliche Arbeitszeit von-bis	<input type="checkbox"/> Montag – Freitag <input type="checkbox"/> an den Wochentagen: von bis	<input type="checkbox"/> Montag – Freitag <input type="checkbox"/> an den Wochentagen: von bis
Ausgeübte Tätigkeit/ Beruf *		
Familienstand *	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet > seit: <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Anschrift (falls abweichend vom Kind)		
Im Notfall zu benachrichtigen	1.Person: Name und Telefon-/ Mobil-Rufnummer, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	
	2.Person: Name und Telefon-/ Mobil-Rufnummer, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	
	3.Person: Name und Telefon-/ Mobil-Rufnummer, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	
	4.Person: Name und Telefon-/ Mobil-Rufnummer, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	
Hat das Kind einen Vormund?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – bitte Namen und Anschrift angeben:	
Krankenkasse des Kindes		
Hausarzt/ Kinderarzt des Kindes		
Impfbescheinigung und Attest insbesondere Masern	<input type="checkbox"/> wird vor Aufnahme des Kindes abgegeben. <input type="checkbox"/> Das Kind ist <u>nicht geimpft</u> . <input type="checkbox"/> Ein ärztliches Attest (nicht älter als 8 Tage) mit Bescheinigung über Impfungen und gesundheitliche Eignung/ Einschränkungen -insbesondere Masern- wird bei Aufnahme vorgelegt.	
Geschwister des Kindes *	Anzahl: Geburtsjahr/e:	Zeitgleich in der Kindertagesstätte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat das Kind bereits eine Kindertages-einrichtung besucht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?	

Abholregelung

Außer den Sorgeberechtigten darf das Kind von folgenden Personen abgeholt werden:

Name/ Anschrift, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	Telefonische Erreichbarkeit
Name/ Anschrift, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	Telefonische Erreichbarkeit
Name/ Anschrift, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	Telefonische Erreichbarkeit
Name/ Anschrift, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	Telefonische Erreichbarkeit
Name/ Anschrift, Verwandtschaftsgrad od. Sonstiges	Telefonische Erreichbarkeit

- In Ausnahmefällen** (z.B. bei Erkrankung der Eltern) darf das Kind von älteren Geschwistern, nicht unter 12 Jahren, abgeholt werden.

Ort, Datum:

Unterschriften der Sorgeberechtigten:

.....
Sorgeberechtigte/r 1

.....
Sorgeberechtigte/r 2

Dem automatischen Bankeinzug der Kindergartengebühren	
<input type="checkbox"/> stimme/n ich/wir zu	<input type="checkbox"/> stimme/n ich/wir nicht zu
Bankverbindung:	
Kontoinhaber	Name der Bank
IBAN	BIC
Unterschrift/en der/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	

Kenntnisnahme Kindergarten:

Eingangsdatum	Bemerkung
Unterschrift Kindergartenleitung	