

Unverbindliche Voranmeldung zum _____ (Wunsch-Aufnahmedatum*)

(*Aufnahmedatum ist Beginn der Eingewöhnung; für eine Eingewöhnung planen Sie bitte 4-6 Wochen ein)

Voraussichtlicher Berufswiedereinstieg geplant zum: _____

Folgende Betreuungsart würden wir gerne in Anspruch nehmen: (bitte ankreuzen)

- ☐ Ganztagsbetreuung (Mo.-Do. 7-17 Uhr, Fr. 7 -15:30 Uhr, mit warmen Mittagessen, nur 5 Tage/Woche möglich)
- ☐ 7-Stunden-Betreuung (Mo.-Fr. 7 -14 Uhr, mit warmen Mittagessen)
- ☐ Teilzeitbetreuung (Mo.-Fr. 7 -12:15 Uhr, ohne warmes Mittagessen)

Bei Anmeldung 7-Stunden-Betreuung wünschen wir uns eine:

- ☐ 5-Tage-Woche ☐ 3-Tage-Woche ☐ 2-Tage-Woche

Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐

Sie haben hier die Möglichkeit Ihren Wunsch anzugeben, jedoch weisen wir Sie darauf hin, dass bei einer 3-oder 2-Tage-Woche die Tage feststehend sind und nicht flexibel.

Kind

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in _____

Geschlecht: O männlich O weiblich

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Migrationshintergrund: _____

gesprochene Sprache zu Hause: _____

Anschrift: _____

Eltern/Erziehungsberechtigte

Mutter

Vater

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Anschrift: _____

Mutter

E-Mail: _____
Telefon (priv).: _____
Mobiltelefon: _____
Beruf: _____
Arbeitsstätte: _____
Telefon
(geschäftl): _____

Vater

Alleinerziehend: O ja O nein O ja O nein

Sonstiges: _____

Krankenkasse: _____ Kinderarzt: _____

Impfungen

☐ Tuberkulose ☐ Diphtherie ☐ Keuchhusten ☐ Masern ☐ Polio ☐ Mumps

Letzte Tetanusimpfung: _____

Datum der 1. Masernimpfung: _____

Datum der 2. Masernimpfung: _____

Seit dem 01.03.2020 gilt in Deutschland die Impfpflicht gegen Masern. Diese Pflicht gilt vor allem in Kitas und Schulen, da Masern in höchstem Maße ansteckend sind und einen sehr bösen, teils tödlichen Verlauf nehmen können. **Eltern müssen vor der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung nachweisen, dass ihre Kinder geimpft sind.** Ohne einen Nachweis, können wir Ihre Kinder nicht aufnehmen. Nachweisen können Sie dies per Impfausweis, gelbem Untersuchungsheft oder einem ärztlichen Attest. (bitte Original zum Abgleich mitbringen)

Besondere Anmerkungen (z.B. bestehende Krankheiten, Allergien, spezielle Diät, Diabetes, Krampfleiden, eingeschränkte körperliche Belastbarkeit u. a.):

Geschwister

		Kindergeld/ vergleichbare Leistungen		
Name	Vorname	geb. am	ja	nein
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Änderungen, insbesondere was den Bezug von Kindergeld betrifft, werde ich unverzüglich mitteilen und Beiträge, die zu Unrecht ermäßigt wurden, nachzahlen.

Dies ist eine unverbindliche Anmeldung. Eine verbindliche Zusage für den Kita-Platz erfolgt frühestens drei Monate vor Ihrem Wunschaufnahmedatum.

Ort, Datum _____

Unterschrift(en) (beider) Erziehungsberechtigte(r)

Mutter

Vater

(von der Kita auszufüllen)

Anmeldung eingegangen am: _____ (Datum) bei: _____ (Name)