

Anmeldung für das Kindergartenjahr 2022/23		Huberta-Roggendorf-Str. 12 49744 Geeste ☎05937 8522 ✉ kita-st-bernadette@web.de
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Personalien des Kindes		weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>
Familiename, Vorname				
Geburtstag, Geburtsort				
Geburtsname				
Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit			
Familiensprache	Muttersprache			
wohnhaft bei: Familiename, Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				

Gewünschter Betreuungsbeginn (Monat/Jahr)			
Kindergarten:			
gewünschter Betreuungsumfang (Montag bis Freitag)	Von 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
gewünschter Betreuungsumfang (Montag bis Freitag)	Von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
Sonderöffnung (Montag bis Freitag)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
Ja.....	Von 7:30 Uhr bis 8:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
Ja..... Mittagessen verpflichtend	Von 13:00 Uhr bis 14:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
Krippe:			
gewünschter Betreuungsumfang (Montag bis Freitag)	Von 8:00 Uhr bis 13:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
gewünschter Betreuungsumfang (Montag bis Freitag)	Von 8:00 Uhr bis 14:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
Mittagessen (Montag bis Freitag) (Ab 6 Stunden Betreuung verpflichtend!)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
Sonderöffnung (Montag bis Freitag)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
Ja.....	Von 7:30 Uhr bis 8:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	
Ja.....	Von 13:00 Uhr bis 13:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	
Ja.....	Von 14:00 Uhr bis 14:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Es besteht ein ausreichender Impfschutz gegen Masern, der durch eine Impfdokumentation oder ein ärztliches Zeugnis belegt werden kann	

Masernimpfschutz	<input type="checkbox"/> Das Kind ist gegen Masern immun, was durch ärztliches Zeugnis belegt werden kann. <input type="checkbox"/> Aufgrund medizinischer Kontraindikation kann das Kind nicht gegen Masern geimpft werden. Dies kann durch ärztliches Zeugnis belegt werden. <input type="checkbox"/> Eine staatliche Stelle oder die Leitung einer anderen Betreuungseinrichtung können schriftlich belegen, dass einer der zuvor genannten Nachweise bereits vorgelegt wurde.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Personalien des/der Sorgeberechtigten

	1. Sorgeberechtigte/r	2. Sorgeberechtigte/r
Familienname		
Vorname		
Geburtsname		
Staatsangehörigkeit (Angabe freiwillig)		
Muttersprache (Angabe freiwillig)		
Familiensprache		
Religionszugehörigkeit (freiwillige Angabe)		
Abholberechtigt	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Aufenthaltsbestimmungsrecht	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Sorgeberechtigt	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Im Notfall benachrichtigen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		
Plz, Ort		
Telefon (privat)		
Mobil		
Email-Adresse		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in	<input type="checkbox"/> erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in

Beruf (Angabe freiwillig)		
Arbeitgeber (Angabe freiwillig)		
Telefon (dienstlich)		

3. Geschwister des Kindes

Anzahl Geschwister					
Geburtsmonat + Geburtsjahr	1)	2)	3)	4)	5)
davon derzeit in der Kindertagesstätte					

4. Gesundheit

Name und Vorname des Arztes	
Straße, Hausnummer des Arztes	
Plz, Ort des Arztes	
Telefon des Arztes	
Krankenkasse	
versichert über	
letzte Tetanusimpfung	
erwähnenswerte Allergien	
gesundheitliche Besonderheiten	

5. Sonstige, wichtige Informationen über Kind und Familie, insbesondere gesundheitliche Besonderheiten, Allergien, besonderer Betreuungsbedarf o.ä.

6. Evtl. Gruppenwusch / Gemeinsame Gruppe mit (Name des Kindes):

Datenschutz

es gelten die Bestimmungen über den kirchlichen Datenschutz. Die Sorgeberechtigten sind damit einverstanden, dass über sie und ihr Kind im Rahmen dieser Anmeldung erhobene Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange und Vorschriften zum Zwecke der Vorbereitung eines Vertrages und zur Ermittlung und Erfüllung des Bedarfs an Kindertagesstättenplätzen verarbeitet und genutzt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der persönlichen Angaben und erklären Ihr Einverständnis zum Aufnahmeverfahren der Kindertagesstätte.

Mit dieser Anmeldung ist noch keine Aufnahmezusage verbunden. Dazu bedarf es eines gesondert abzuschließenden Betreuungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Eingangsdatum

Unterschrift der Leitung