**ANMELDUNG**

1. **Angaben zum Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| weiblich | männlich |
| Familienname |  |
| Vorname |  |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| PLZ, Ort |  |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsort/Geburtsland |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |
| Religionszugehörigkeit |  |

**2. Angaben zu den Eltern (Personenberechtigte)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personenberechtigte/****Mutter** | **Personenberechtigte/****Vater** |
| Familienname |  |  |
| Vorname |  |  |
| Straße, Hausnummer  |  |  |
| PLZ, Ort  |  |  |
| Geburtsdatum \*) |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Religionszugehörigkeit |  |  |
| Telefon (privat) |  |  |
| Telefon (dienstlich) |  |  |
| Mobil |  |  |
| E-Mail |  |  |
| Familienstand |  |  |
| Sorgeberechtigt | JA NEIN [Wecken Sie das Interesse Ihrer Leser mit einem passenden Zitat aus dem Dokument, oder verwenden Sie diesen Platz, um eine Kernaussage zu betonen. Um das Textfeld an einer beliebigen Stelle auf der Seite zu platzieren, ziehen Sie es einfach.][Wecken Sie das Interesse Ihrer Leser mit einem passenden Zitat aus dem Dokument, oder verwenden Sie diesen Platz, um eine Kernaussage zu betonen. Um das Textfeld an einer beliebigen Stelle auf der Seite zu platzieren, ziehen Sie es einfach.] | JA NEIN [Wecken Sie das Interesse Ihrer Leser mit einem passenden Zitat aus dem Dokument, oder verwenden Sie diesen Platz, um eine Kernaussage zu betonen. Um das Textfeld an einer beliebigen Stelle auf der Seite zu platzieren, ziehen Sie es einfach.][Wecken Sie das Interesse Ihrer Leser mit einem passenden Zitat aus dem Dokument, oder verwenden Sie diesen Platz, um eine Kernaussage zu betonen. Um das Textfeld an einer beliebigen Stelle auf der Seite zu platzieren, ziehen Sie es einfach.] |
| Beruf \*) |  |  |

Bei den mit \*) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um freiwillige Angaben.

**Neben den oben genannten Personenberechtigten sind zur Abholung des Kindes außerdem berechtigt:**

(Bitte zu jeder Person den vollständigen Namen, Telefonnummer(n) und ggf. Adresse angeben)

1. **Geschwister des Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Geschwister |  |
| Geburtsdatum |  |  |  |

1. **Gesundheit**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Arztes |  |
| Straße, Hausnummer des Arztes |  |
| PLZ, Ort des Arztes |  |
| Telefon des Arztes |  |
| Krankenkasse |  |
| Versichert über |  |
| Letzte Tetanusimpfung |  |
| Letzte Masernimpfungen |  |
| Gesundheitliche Besonderheiten |  |

Das Kind soll am **Mittagessen** teilnehmen:

 **Montag** **Dienstag** **Mittwoch** **Donnerstag** **Freitag**

Das Kind bedarf aufgrund einer bestehenden oder drohenden körperlichen/geistigen/seelischen Behinderung einer besonderen Förderung in der Kindertageseinrichtung: ja nein

Ein fachärztliches Gutachten hierzu liegt vor: ja nein

Weitere – freiwillige – Angaben zur Betreuung:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Angaben zur Bankverbindung:

………………………………………… ……………………………………………

Bankname Kontoinhaber

……………………………………………………………….…… …………………….

IBAN BIC

**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.

Zur Kenntnis genommen und unterschrieben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten