

von Kita auszufüllen

Voraussichtliche Gruppe: \_\_\_\_\_

Essen ab: \_\_\_\_\_



**Anmeldung für den Kindergarten Herbertshofen**  
**Kindergartenjahr 2021/2022**

Name des Kindes: <small>Familienname, Vorname</small>		Geburtsdatum:	
		Geburtsort:	
Straße, Wohnort :			
Religion :			
männlich <input type="radio"/>	Staatsangehörigkeit:	spricht das Kind deutsch: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
weiblich <input type="radio"/>		bei nein – Sprache :	
divers <input type="radio"/>			

Geschwister: Name	Geb.datum:

<small>Familienname, Vorname</small>		<small>Familienname, Vorname</small>	
<b>Vater:</b>		<b>Mutter:</b>	
Anschrift:		Anschrift:	
Telefonnummer:		Telefonnummer:	
Handy-Nummer:		Handy-Nummer:	
e-mail Adresse :		e-mail Adresse:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Geburtsort, Land:		Geburtsort, Land:	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	
deutschsprachig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		deutschsprachig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
bei nein – Sprache :		bei nein – Sprache :	
Religion:		Religion:	
Familienstand:		Familienstand:	
Arbeitgeber:		Arbeitgeber:	
Telefonnummer:		Telefonnummer:	
Arbeitszeit:		Arbeitszeit:	
Sorgberechtigt: <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater und Mutter			(bitte ankreuzen)
Sorgerechtsnachweis: <input type="radio"/> liegt vor <input type="radio"/> wird nachgereicht			“ “



<b>Abholung des Kindes</b> (außer den Sorgeberechtigten)		
Name:	Adresse:	Telefonnummer:

Ihr Kind hat bereits Erfahrung mit:	<input type="radio"/> Krabbelstube
	<input type="radio"/> Kinderkrippe/ Kindergarten in
	<input type="radio"/> einer anderen Einrichtung

Besondere gesundheitlichen Bemerkungen: <b>(genaue Bezeichnung bitte auf gesondertem Blatt ausführen)</b>
<input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Behinderungen <input type="radio"/> chronische Erkrankungen
Bei Behinderung oder bei von Behinderung bedrohten Kindern: amtliche Bestätigung nach § 53 SGBVII einer Frühförderstelle liegt bei
<input type="radio"/> ja <span style="float: right;"><input type="radio"/> nein</span>
Hausarzt/Kinderarzt/Anschrift:
Krankenkasse:

<b>Welche Schutzimpfungen hat Ihr Kind:</b> Bitte ankreuzen bzw. ausstreichen!	
<input type="radio"/> Kinderlähmung/Poliomyelitis	<input type="radio"/> Tetanus/ Datum der letzten Impfung:
<input type="radio"/> Masern <input type="radio"/> Mumps <input type="radio"/> Röteln	<input type="radio"/> Keuchhusten/Pertussis
<input type="radio"/> Diphtherie	<input type="radio"/> Lungenentzündung oder Windpocken
<input type="radio"/> Virushepatitis B	<input type="radio"/> Gripeschutz/Influenza oder Durchfall und Erbrechen/Rotavirus
<input type="radio"/> Lungen-/Hirnhautentzündung/Haemophilus influenzae b (Hib)	<input type="radio"/> Meningokokken oder Pneumokokken
weitere überstandene Krankheiten:	
Letzte U-Untersuchung:	
Weitere U-Untersuchung:	

**Erkrankung oder Unfall des Kindes – Zusammenarbeit mit Ärzten im Notfall:**

Für den Fall, dass mein/unser oben genanntes Kind während seines Aufenthaltes in der Kindertagesstätte **erkrankt** oder einen **Unfall erleidet**, ist unverzüglich zu benachrichtigen:

- eine der abholberechtigten Personen                      und/oder
- .....
- .....

Ist in diesem Fall keine der zu verständigenden Personen zu erreichen, ist die Kindertagesstätte im Notfall gesetzlich verpflichtet, einen Arzt zu konsultieren, oder das Kind in ein Krankenhaus einweisen zu lassen.



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

Veröffentlichung von Bildern / Filmen Ihres Kindes :

(Bitte ankreuzen)

Ich/Wir erkläre(n) mich / uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind in der Kindertagesstätte **fotografiert / gefilmt** wird :

- zu internen Dokumentationszwecken(z.B. Garderobe, Geburtstagskalender usw.)
- zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit (Tag der offenen Tür, Presseartikel, Infoveranstaltungen)
- Ich/Wir bin/sind damit **nicht** einverstanden.
  
- Zudem erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass – falls notwendig – der bisherige und der zukünftige Kindergarten den Kindergartenbesuch betreffende Daten zur Information austauschen kann.
- Ich/Wir bin/sind damit **nicht** einverstanden.

Die Erklärung zum Datenaustausch mit der Grundschule habe ich zur Kenntnis genommen und stimme zu:

- ja  nein

Bei der Anmeldung habe ich die „Satzung für die Kindertageseinrichtungen“, die „Satzung für die Benutzung von Kindertageseinrichtungen“ sowie eine „Belehrung für Eltern gem. § 34 Abs. 5 S. 2 IfSG“ erhalten.

**Der Kindergarten Herbertshofen führt die Kinder, in Anlehnung an das „Berliner Eingewöhnungsmodell“ an den Kindergarten heran. Die Einzelheiten des Modells wurden den Eltern erläutert; die abweichenden Betreuungszeiten haben keinen Einfluss auf die Kindergartengebühren.**

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dem Träger der Kindertageseinrichtung Markt Meitingen mitzuteilen, ob, durch welchen Träger und in welchem Umfang ich bereits eine Beitragsermäßigung in Höhe des staatlichen Zuschusses erhalten habe.

Die Informationen zum Ausfüllen des Sepa-Lastschriftmandates, die Hausordnung vom „Haus für Kinder Herbertshofen“ sowie die Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Die **Platzzusage ist der Bescheid** des Marktes Meitingen mit den anfallenden Gebühren. Die Anmeldung, mündliche Aussagen bzw. sonstige Schriftstücke (e-mail o.ä.) sind keine Zusagen.

Meitingen, den .....

.....  
(Unterschrift **der / des bzw. beider** Erziehungsberechtigten )

.....  
(Unterschrift **der / des bzw. beider** Erziehungsberechtigten )

**Buchungsbeleg**  
**Kindergarten Herbertshofen**

Name des Kindes:

Geb.:

Gewünschte Aufnahme: (Monat/Jahr)

**Für das Kindergartenjahr 2021/2022 möchten Sie folgende Zeiten buchen:**  
**bitte ausfüllen:**

\* Bitte wählen Sie die Bringzeit aus und tragen Sie ein:

7.00 Uhr, 7.30 Uhr, 8.00 Uhr

\* Bitte wählen Sie die Abholzeit aus und tragen Sie ein:

12.00 Uhr, 12.30 Uhr, 13.00 Uhr, 13.30 Uhr, 14.00 Uhr, 14.30 Uhr,

15.00 Uhr, 15.30 Uhr, 16.00 Uhr, 16.30 Uhr, 17.00 Uhr

	Bringzeit .....von	Abholzeit .....bis	Essen, nur wenn Buchungszeit bis mindestens 13.30 Uhr (bitte ankreuzen)
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

**!!! Die Mindestbuchungszeit von täglich 4 Std. / wöchentlich 20 Std. ist einzuhalten !!!!**

Geschwister:		
Name:	Alter:	besucht im Kindergartenjahr 2021/2022 den Kindergarten/Kinderkrippe bzw. Hort in:

**Aus folgenden Gründen ist es besonders dringlich, dass Ihr Kind den beantragten Platz bekommt:**

.....  
 .....

**Haben Sie Ihr Kind bereits für eine weitere Kinderbetreuung angemeldet?**

JA                       NEIN

Wenn JA, wo? (Einrichtung/Tagespflege, Tagesmutter etc.)

.....

Zum Schluss:

Haben Sie noch weitere Anregungen für uns?

.....  
 .....

Meitingen, den .....

.....  
 (Unterschrift der / des bzw. beider Erziehungsberechtigten )

.....  
 (Unterschrift der / des bzw. beider Erziehungsberechtigten )

**Besondere gesundheitliche  
Bemerkungen :**

O Allergien

O Behinderungen

O chronische Erkrankungen

weitere Ausführungen :

---

---

---

---

---

---

Meitingen, den .....

.....  
(Unterschrift **der / des bzw. beider** Erziehungsberechtigten )

.....  
(Unterschrift **der / des bzw. beider** Erziehungsberechtigten )