Aufnahmeblatt
für die Kinderkrippe „Regenbogen“
Altomünster

Kindergartenjahr 2020/2021

Gewichtungsfaktor ……..
Buchungszeit ……...
Geschwisterkind ja/nein

Antrag Nr. : _____
Nicht ausfüllen

für das Kind (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ männlich □ weiblich □

PLZ / Wohnort: _____ Konfession:_____ Nationalität:_____

_____ □ zum 1. September
gewünschtes Aufnahmedatum

……
1. Besondere Notlage der Personensorgeberechtigten, die eine vorrangige Aufnahme des Kindes erfordert:

.....
2. Sonstige wichtige Informationen, die eine vorrangige Aufnahme des Kindes erfordern:

.....
3. Bedürfnisse des Kindes nach einer besonderen Betreuung (z.B. auf Grund einer Behinderung):

……..
4. Wurde das Kind noch in anderen Kindergärten angemeldet: Ja: □ Nein: □

Wenn Ja, in welchen Kindergarten: .....

Wir sind damit einverstanden, dass die angegebenen Daten mit diesen Kindergärten ausgetauscht werden. Ja: □ Nein: □

5. Anzahl und Alter der Geschwister: .....

6. Mittagessen Ja: □ Nein: □

Personensorgeberechtigung:

□ Mutter und Vater □ nur Mutter (mit Nachweis) □ nur Vater (mit Nachweis) □ _____

Mutter:

_____
Name, Vorname, Geburtsname

_____
Geburtsdatum

_____
Straße / Hausnummer (falls abweichend vom Kind)

_____
PLZ / Wohnort (falls abweichend vom Kind)

_____
Staatsangehörigkeit

_____
Herkunftsland, wenn nicht Deutschland
(bei nichtdeutschsprachiger Herkunft beider Elternteile fügen Sie bitte Geburtsurkunde und Kopie des Reisepasses bei)

Personenstand:

☐ Verheiratet/ mit Lebenspartner
☐ Ledig/ verwitwet/ geschieden/ getrennt lebend

_____
Telefonnummer (privat)

_____
Telefonnummer (Handy)

_____
E-Mail

Vater:

_____
Name, Vorname, Geburtsname

_____
Geburtsdatum

_____
Straße / Hausnummer (falls abweichend vom Kind)

_____
PLZ / Wohnort (falls abweichend vom Kind)

_____
Staatsangehörigkeit

_____
Herkunftsland, wenn nicht Deutschland

Personenstand:

☐ Verheiratet/ mit Lebenspartner
☐ Ledig/ verwitwet/ geschieden/ getrennt lebend

_____
Telefonnummer (privat)

_____
Telefonnummer (Handy)

_____
E-Mail

☐ berufstätig ☐ selbständig

Beruf / Tätigkeit _____ Arbeitszeit _____

Arbeitgeber (wenn nicht selbständig) _____

Adresse Arbeitgeber _____

Telefon dienstlich _____

☐ berufstätig ☐ selbständig

Beruf / Tätigkeit _____ Arbeitszeit _____

Arbeitgeber (wenn nicht selbständig) _____

Adresse Arbeitgeber _____

Telefon dienstlich _____

Medizinische Daten

Hausarzt / Kinderarzt _____ Telefonnummer des Arztes _____

Anschrift des Arztes _____ Krankenkasse _____

Kinderkrankheiten / Allergien _____

_____

Besonderheiten / Entwicklung _____

Abholberechtigte Personen

Name / Verwandtschaftsgrad _____ Telefonnummer _____ Anschrift _____

Name / Verwandtschaftsgrad _____ Telefonnummer _____ Anschrift _____

Name / Verwandtschaftsgrad _____ Telefonnummer _____ Anschrift _____

Name / Verwandtschaftsgrad _____ Telefonnummer _____ Anschrift _____

Gewünschte Buchungszeit

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit von – bis					
Mittagessen ja/nein					

☐ 4 – 5 Stunden ☐ 5 – 6 Stunden ☐ 6 – 7 Stunden
☐ 7 – 8 Stunden ☐ 8 – 9 Stunden ☐ 9 –10Stunden

Bemerkung:

Hinweis: Die derzeit gültigen Beitragssätze und sonstige Gebühren können nicht verbindlich zugesagt werden. Änderungen werden rechtzeitig bekanntgegeben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

ird von Einrichtungsleiter/in ausgefüllt:

Vormerkblatt erhalten am: _____

Aufnahme des Kindes zum: _____ _____
in die Gruppe

schriftliche Absage vom: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____