

Anmeldebogen

1. Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit
PLZ, Ort	
Aufnahmedatum	Austrittsdatum

2. Eltern

Mutter	Name		Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wohnung	Notfall-Telefon privat	am Arbeitsplatz
Vater	Name		Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wohnung	Notfall-Telefon privat	am Arbeitsplatz

3. Betreuungsform

<input type="checkbox"/> Regelkindergarten 3- bis 6-Jährige
Regelkindergarten unter 3 Jahren
<input type="checkbox"/> 5 Tage-Woche <input type="checkbox"/> 2 Tage/Woche 45 % der Regelbetreuungszeit <input type="checkbox"/> 3 Tage/Woche 65% der Regelbetreuungszeit
<input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung 40% in Regelkindergärten (nur möglich für 3-jährige bei entsprechender Betriebserlaubnis des Kindergartens)

4. Besondere Vermerke (z.B. Pflegeeltern) Allergien

--

Die Benutzungsordnung wird zur Kenntnis genommen und anerkannt. Mit der elektronischen Erfassung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten wie Namen, Anschrift, Bankverbindung und über den Gesundheitszustand des Kindes (Allergien...) bin ich/ sind wir einverstanden. Sie werden zu Planungszwecken und der Abrechnung des Entgelts erhoben. Diese personenbezogenen Daten werden in der Regel maximal für 5 Jahre nach Ausscheiden des Kindes aus der Kindertageseinrichtung gespeichert.

- Ich versichere/wir versichern, dass in der Wohngemeinschaft des Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z. B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht, übertragbare Krankheiten von Augen, Haut oder Darm) nicht vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt. Dasselbe gilt für Kopflaus- oder Krätzmilbenbefall.
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit/eines Befalls (s. o.) ergibt. In Erkrankungs-/Verdachtsfällen, werde/n ich/wir die Leitung der Einrichtung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

4. Geschwister unter 18 Jahren **Anzahl der Geschwister** _____

Vorname _____ geb. am: _____

Vorname _____ geb. am: _____

Vorname _____ geb. am: _____

5. Impfungen: (jeweils Datum angeben)

Diphtherie: 1. am _____ 2. am _____

3. am _____ 4. am _____

Tetanus: 1. am _____ 2. am _____

3. am _____ 4. am _____

Sonstige Impfungen: _____

6. Hausarzt des Kindes

Name, Anschrift, Telefon _____

Krankenkasse _____

Datum

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten