

Kindergarten	Zeitmodell * (siehe Rückseite)
X Naturgruppe Krabbenrain (VÖ)	X vÖ X 08.00 – 14.00

Kindergarten- Anmeldung ab 3 Jahre Naturgruppe Krabbenrain (inkl. Wechsel)

Posteingang
(Datum/Handzeichen)

1. Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum ____	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Divers
Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit: _____ Geschwister: Vorname _____ Geburtstag _____	
gewünschter Aufnahmeterrmin	Kind ohne Windel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bisheriger Kindergarten bei Wechsel: <input type="checkbox"/> Kiga Bergstraße <input type="checkbox"/> Kita Neusatz <input type="checkbox"/> Kiga Nachtigallenweg

2. Eltern

Vater:	Name, Vorname	sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Anschrift wie Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern... _____ Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	Staatsangehörigkeit: _____ Telefonnummer für Notfälle o.ä. _____ am Arbeitsplatz: _____ mobil: _____		
Mutter:	Name, Vorname	sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Anschrift wie Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern... _____ Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	Staatsangehörigkeit: _____ Telefonnummer für Notfälle o.ä. _____ am Arbeitsplatz: _____ mobil: _____		
Kommunikationsadresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort _____/_____/_____				
Tel./Handy: _____				
E-Mail Adresse: _____ (bitte Einverständniserklärung ausfüllen)				

3. Besondere Vermerke (Pflegeeltern, Großeltern, Tagesmutter o.a.)

--

4. Hausarzt des Kindes (für Notfälle)

Name	Straße/Ort	Telefon
------	------------	---------

5. Überstandene Krankheiten (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> übertragbare Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten/Auffälligkeiten			
<input type="checkbox"/> Allergien			

6. Impfungen (bitte jeweils mit Datum eintragen)

<input type="checkbox"/> Tetanus	1. am:	2. am:	3. am:	4. am:
<input type="checkbox"/> Diphtherie	am			
<input type="checkbox"/> Zeckenimpfung	am			
sonstige Impfungen:				
<input type="checkbox"/>		am:	
<input type="checkbox"/>		am:	
<input type="checkbox"/>		am:	

Die Benutzungsordnung Kindergarten und die Benutzungsordnung für die Naturgruppe Krabbenrain wurden zur Kenntnis genommen und anerkannt.

- Ich/wir versichere/n, 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 und Darm) **nicht** vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht auf eine solche Krankheit vorliegt.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns, das Kind sofort vom Besuch des Kindergartens zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtig, wird die Kindergartenleitung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

Datum	Unterschrift des Sorgeberechtigten*	Unterschrift des Sorgeberechtigten*
-------	-------------------------------------	-------------------------------------

** Die Unterzeichnung hat immer durch alle Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig ob diese verheiratet, getrennt, geschieden oder unverheiratet sind. Nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) wird durch die Unterzeichnung durch einen Personensorgeberechtigten auch der andere personensorgeberechtigte Elternteil Vertragspartner. Die entsprechende Kenntnisnahme/Zustimmung wird durch Unterzeichnung bestätigt.*

*) Zeitmodell:

Verlängerte Öffnungszeit (VÖ): Mo. bis Fr. 08.00 Uhr - 14.00 Uhr

Einverständniserklärung Email-Nutzung in der Kindertageseinrichtung Krabbenrain

für das **Kind:**

Name

Vorname

Erziehungsberechtigte/r:

Vater:

Name

Vorname

Mutter:

Name

Vorname

- Ich bin mit der Korrespondenz, Versand von Informationsbriefen und Formularen, die die Tageseinrichtung meines Kindes betreffen, bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte - sind mir bewusst.
Gebührenbescheide und Verträge werden auf dem Postweg versendet.

E-Mail Adresse:

_____ @ _____

Hiermit erteile/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Benutzung meiner/unserer o.g. Email-Adresse

Datum	Unterschrift des sorgeberechtigten Vater*	Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter*
-------	---	--

* Die Unterzeichnung hat immer durch alle Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig ob diese verheiratet, getrennt, geschieden oder unverheiratet sind. Nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) wird durch die Unterzeichnung durch einen Personensorgeberechtigten auch der andere personensorgeberechtigte Elternteil Vertragspartner. Die entsprechende Kenntnisnahme/Zustimmung wird durch Unterzeichnung bestätigt.