

Aufnahmeantrag

Personalien des Kindes (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

| | |
|---|---|
| Nachname des Kindes: | Staatsangehörigkeit*: |
| Vorname: | Name des Kinderarztes: |
| Geburtsdatum: | Telefonnummer des Kinderarztes: |
| Geburtsort: | Name der Krankenkasse: |
| Straße: | Besondere Krankheiten (z.B. Allergien, Diabetes): |
| PLZ, Ort: | |
| Religion*: | |
| Bitte Kopie des Impfpasses beilegen | |
| Geschwister (Name, Geburtsdatum, besucht welche Einrichtung): | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Gewünschtes Aufnahmedatum:

| Gewünschte Betreuungszeit | |
|---|---|
| Betreuungsformen | |
| <input type="checkbox"/> Regelgruppe = 30h max. 6 Std., ÖZ: Mo – Do: 8.00 – 12.30 Uhr / 14.00 – 16.00 Uhr Fr: 8.00 – 12.00 Uhr | |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Öffnungszeiten = 30h Max. 6. Std., ÖZ: Mo – Fr: 7.00 – 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Verlängerte Öffnungszeiten (Kombi) = 32h RG + VÖ Mo – Do: 8.00 – 12.30 / 14.00 – 16.00 Fr: 7.00 – 13.00 |
| <input type="checkbox"/> GT 1 = 33h 1 Tag GT (7.00 – 16.00 Uhr) an den restlichen Tagen VÖ (7.00 – 13.00 Uhr) | <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> GT 2 = 36h 2 Tage GT (7.00 – 16.00 Uhr) an den restlichen Tagen VÖ (7.00 – 13.00 Uhr) | <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag |

*Freiwillige Angaben

GT 4 = 42h
max. 4 x wöchentlich 8 Std. und freitags 7.00 – 13.00 Uhr

Personalien des / der Erziehungsberechtigten (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

| | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Familienstand: | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> allein erziehend | <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft | <input type="checkbox"/> geschieden |
| Sorgerecht: | Mutter: | | Vater: | |
| Nachname: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Straße: | | | | |
| PLZ, Ort: | | | | |
| Telefon privat: | | | | |
| Handy: | | | | |
| E-Mail: | | | | |
| Staatsangehörigkeit*: | | | | |
| Beruf: | | | | |
| Anschrift Arbeitgeber*: | | | | |
| Telefon dienstlich: | | | | |

Bitte melden Sie sich bis zum _____
im Kinderhaus, um die Aufnahmeunterlagen abzuholen.

Geben Sie diese Unterlagen spätestens bis zum _____ vollständig ausgefüllt und von beiden Personensorgeberechtigten unterschrieben wieder im Kinderhaus ab!

*Freiwillige Angaben

- Dieser Antrag dient lediglich zur Erfassung des gewünschten Aufnahmetermins und der Kinder, die einen Kinderhausplatz benötigen. Einen Anspruch auf einen Platz, sowie die Aufnahme zum gewünschten Zeitpunkt und der gewünschte Betreuungsumfang ist hiermit nicht gewährleistet. Die Aufnahme des Kindes gilt erst mit dem Abschluss des Betreuungsvertrages für beide Seiten als verbindlich.
- Der Aufnahmeantrag ist somit eine Voranmeldung für einen Platz in unserer Einrichtung. Mit Abgabe des Antrages werden Sie automatisch auf die Warteliste für einen Platz gesetzt.
- Sollte der Bedarf des Kinderhausplatzes nicht mehr bestehen, bitten wir umgehend um eine Rückmeldung von Ihnen, um den Platz anderweitig vergeben zu können.
- Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, falls sich an den von Ihnen angegebenen Daten etwas ändern sollte.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r**

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r**

Eingangsdatum

Stempel der Einrichtung / Unterschrift der Leitung

**Die Unterzeichnung hat immer durch alle Personensorgeberechtigte zu erfolgen, gleichgültig ob diese verheiratet, getrennt lebend oder unverheiratet sind.

*Freiwillige Angaben