

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 (Monat/Jahr):

*Freiwillige Angaben

Gewünschte Betreuungszeit	
Betreuungsformen	
<input type="checkbox"/> Regelgruppe = 30 h 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 = 30 h Max. 6. Std., ÖZ: Mo – Fr: 7.00 – 13.00 Uhr	
<input type="checkbox"/> Verlängerte Öffnungszeiten (Kombi) = 36 h RG + VÖ – Kombi Montag - Donnerstag: 7:00 - 13:00 Uhr + 3 Nachmittage <u>tagesgebunden</u> 14:00 – 16:00 Uhr Freitag: 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 1 = 35 h (mit Mittagstisch / wird mit 4,80€ pro Essen extra berechnet) 1 Tag GT <u>tagesgebunden</u> 7:00 – 16:00 Uhr an den restlichen Tagen VÖ 7:00 – 13:00 Uhr + 1 Tag nachmittags <u>tagesgebunden</u> (ohne Mittagessen) 14:00 – 16:00 Uhr *freitags nur bis 13:00 Uhr	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag Nachmittag: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag
<input type="checkbox"/> GT 2 = 40 h (mit Mittagstisch / wird mit 4,80€ pro Essen extra berechnet) 2 Tage GT <u>tagesgebunden</u> 7:00 – 16:00 Uhr an den restlichen Tagen VÖ 7:00 – 13:00 Uhr + 2 Tage nachmittags <u>tagesgebunden</u> (ohne Mittagessen) 14:00 – 16:00 Uhr *freitags nur bis 13:00 Uhr	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag Nachmittag: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Donnerstag
<input type="checkbox"/> GT 4 = 42 h max. 4 x wöchentlich 7:00 – 16:00 Uhr und freitags 7.00 – 13.00 Uhr	

*Freiwillige Angaben

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