

Anmeldung für das Kindergartenjahr ...201 ... / ...201 ...

für die Aufnahme in eine Krippengruppe

- Regelplatz Integrationsplatz

Name des Kindes: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Geschlecht: männlich weiblich **Staatsangehörigkeit:** _____

Aufnahme gewünscht ab: _____

Fünf-Tage-Platz: Betreuungszeit von

- Montag bis Freitag 8:00 – 14:00 Uhr täglich mit Mittagessen

Sonderöffnungszeiten:

- Frühdienst von 7:30 - 8:00 Uhr
 Spätdienst von 14:00 - 14:30 Uhr
 Doppel-Spätdienst von 14:00 - 15:00 Uhr

Angaben Sorgeberechtigte:

1. Person

2. Person

Vor- und Nachname: _____ / _____

Geburtsdatum _____ / _____

Anschrift: _____ / _____

Krankenkasse des Kindes: _____ / _____

Telefon privat: _____ / _____

Telefon dienstlich: _____ / _____

Mobiltelefon: _____ / _____

E-Mail: _____ / _____

Berufstätigkeit als: _____ / _____

Vollzeit/Teilzeit/von...bis... _____ / _____

Arbeitgeber ist: _____ / _____

Das Kind lebt bei:

- Eltern Mutter Vater Großeltern Pflegeeltern Anderen

Geschwister des Kindes:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Betreuung in einer (anderen)
Krippengruppe in
der Samtgemeinde Hoya:

m. w.

ja nein

m. w.

ja nein

m. w.

ja nein

m. w.

ja nein

Bisherige zusätzliche Betreuung / ärztliche / therapeutische Versorgung des Kindes:

- keine Babyturnen Babyschwimmen Krabbelgruppe Spielkreis Frühförderung
 Physiotherapie/Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie/Sprachtherapie
 Sonstige: _____

Besondere Aufnahmegründe:

Berufstätigkeit ab / seit: _____ Ausbildung ab / seit: _____

Kind hat keine / wenige soziale Kontakte zu anderen Kindern

liegen nicht vor; nach eigener Einschätzung ist unser / mein Kind altersgemäß entwickelt

liegen nach eigener Einschätzung vor bzw. zeigen sich im Bereich ... durch ...:

Sprache _____

Bewegung _____

Verhalten _____

Soziale Gesichtspunkte _____

Besonderheiten laut Vorsorgeheft: _____

Unverträglichkeiten (z.B. Nahrungsmittel, Pollen, Gräser, Zusatzstoffe, Materialien)

liegen nicht vor bestehen – und zwar: _____

Kinder-/Hausarzt ist: _____

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass alle Angaben, die selbstverständlich entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt werden, im Rahmen der Betreuung Ihres Kindes in elektronischer Form gespeichert, verwertet sowie innerhalb der gesetzlichen Fristen bei uns aufbewahrt werden dürfen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Hinweis:

Bitte beachten Sie bzgl. der Betreuungs- und Schließungszeiten sowie Platzgebühren das beigefügte Informationsblatt und reichen uns den ausgefüllten Anmeldebogen schnellstmöglich zurück.