



## Anmeldebogen für das Kindergartenjahr

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**Vor- und Zuname des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Adresse:/ Wohnort:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Religion:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Geburtsland/Ort:** \_\_\_\_\_

**Vor- und Zuname der Mutter/ Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Beruf und derzeitige Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Vor- und Zuname des Vaters / Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Beruf und derzeitige Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Geschwister mit Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Besuchte Ihr Kind bereits eine Spielgruppe oder eine Mutter-Kind-Gruppe oder einen Kindergarten?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie sich auch in einem anderen Kindergarten angemeldet?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Sind Sie einverstanden, dass wir - bei einer evtl. Absage - ihre Anmeldedaten an den Nachbarkindergarten weitergeben ?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

**Gesundheitliche Besonderheiten / Sonstige Mitteilungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Benötigen Sie längere Öffnungszeiten als Mo. - Do. 7.00 Uhr bis 16 Uhr / Fr. 7.00 bis 14 Uhr?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Buchung der Betreuungszeiten im Kindergartenjahr \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Adresse/ Tel.: \_\_\_\_\_

*Wir bitten um alle ANGABEN um die Betreuungsplätze anhand unser Kriterien vergeben u. die Personalplanung vornehmen zu können. Kommt kein Betreuungsvertrag zustande, werden die Angaben gelöscht!*

**Familiensituation der Eltern:**

- verheiratet
- verheiratet, getrennt lebend
- in einer Lebensgemeinschaft lebend
- alleinerziehend

**Das Geburtsland der Eltern liegt:**

Vater

- im deutschsprachigen Raum (D, A, CH)
- nicht im deutschsprachigen Raum

Mutter

- im deutschsprachigen Raum
- nicht im deutschsprachigen Raum

**Oben genanntes Kind**

- spricht deutsch  ja
- spricht nicht oder wenig deutsch  ja

**Folgende Betreuungszeiten werden für das oben genannte Kind gewünscht (unabhängig von derzeitigen Öffnungszeiten)**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Summen (bitte nicht ausfüllen)
<b>Von</b>	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	
<b>Bis</b>	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	
<b>Dauer:</b>	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	

**Werden die von Ihnen gebuchten Betreuungszeiten im obig genannten Kindergartenjahr in diesem Umfang angeboten, gilt diese Anmeldung als verbindlich!**

**Sind Sie evtl. an einem warmen Mittagessen für ihr Kind interessiert?**

ja

nein

**Benötigen Sie eine Betreuung während unserer Schließzeiten?**

Unsere momentanen Schließzeiten: (max. 35 Schließtage )

**Weihnachten:** zwischen Weihnachten und Neujahr (evtl. bis) Hl. Drei Könige

**Fasching:** evtl. Rosenmontag und / oder Faschingsdienstag

**Pfingsten:** zwei Wochen während der Pfingstschulferien

**Sommer:** drei Wochen ab ca. Mitte August

Benötigen Sie eine Betreuung während dieser Zeit?

ja

nein

wenn ja, in welchem Zeitraum

---

**Erhält Ihr Kind Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII?**

(körperliche oder geistige Beeinträchtigung / Einzelintegration gefördert durch Bezirk OBB)

ja -----  nein

Liegt hierzu ein Gutachten vor?

ja

nein

Liegt hierzu ein Bescheid (Bezirk) vor?

ja

nein

**Möchten Sie uns darüber hinaus noch etwas mitteilen? (Besonderheiten?)**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

**Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Kindergartenleitung**

**Tel: 08052-4923**



Sehr geehrte Familie \_\_\_\_\_

Für die Aufnahme Ihres Kindes \_\_\_\_\_ bzw. die Erstellung des hierfür notwendigen Bildungs- und Betreuungsvertrages benötigen wir noch folgende Angaben:

Masernimpfstatus:  vollständig vorhanden (Impfbuch)  teilweise vorhanden  nicht vorhanden

Krankenkasse ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Haus- oder Kinderarzt ihres Kindes (mit Anschrift und Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

Für die Einzugsermächtigung über das **SEPA-Lastschriftverfahren**:

Kontoinhaber / Name (Mutter oder Vater): \_\_\_\_\_

BANK: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

### DATENSCHUTZ

All diese Angaben erheben wir von den Eltern freiwillig zum Zwecke der Anmeldung Ihres Kindes. Wir benötigen sie für die Aufnahme des Kindes bzw. für die Erstellung des Bildungs- und Betreuungsvertrages. Sie können diese Daten jederzeit einsehen und ggf. widerrufen.

**Alle Angaben werden gelöscht, wenn kein Bildungs- und Betreuungsvertrag zustande kommt.**

Hiermit bin ich einverstanden

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten