

Kindergarten/Kindertageseinrichtung (Bezeichnung – ggf. Stempel):

# Aufnahmevertrag/Anmeldeblatt

Aufnahmedatum:

Hiermit melde ich mein **Kind** (Name, Vorname/n – Rufname bitte unterstreichen!)

Geburtsdatum, Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon-Nr.):

- im/in o. g. Kindergarten/Einrichtung an. Das Kind hat bereits eine Einrichtung besucht,  ja  nein. Die Aufnahme erfolgt
- nur vormittags     verlängerte Vormittagszeit     ganztags     mit Mittagsbetreuung     mit Mittagessen
- nur nachmittags
- Es wird Abholpflicht vereinbart. Das Kind wird abgeholt von/vom .....
- Es besteht Einverständnis, dass das Kind allein nach Hause geht.
- Es besteht Einverständnis, dass bei Bedarf eine externe Fachkraft (z. B. Sprachheilpädagoge, Psychologe) zur Unterstützung des pädagogischen Personals hinzugezogen werden kann.
- Sonstige Vereinbarungen:

<b>Personensorgeberechtigt/r</b>	Vater	Mutter
<b>Familienname</b> (ggf. Geburtsname), Vorname		
<b>Geburtsdatum</b>	Konfession	Konfession
<b>Telefonisch erreichbar</b> unter Telefon-Nr.:	privat:                      beruflich:	privat:                      beruflich:
<b>Berufstätig?</b> Wenn ja, täglich von –bis	von – bis (Uhr) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von – bis (Uhr) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>* Ausgeübte Tätigkeit/Beruf</b>		
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend                      seit:	
<b>Anschrift der Eltern</b> (falls abweichend vom Kind)		
<b>Benachrichtigung im Notfall</b> (Name, Telefon-Nr.) Hat das Kind einen <b>Vormund</b> ?	Wenn ja, Name und Anschrift des Vormundes:	
<b>Geschwister:</b>	Anzahl:	Geburtsjahr/e:
<b>Hausarzt</b> (Name und Anschrift)	Telefon-Nr.:	
<b>Krankenkasse,</b> wo das Kind versichert ist		

**Ärztliche Bescheinigung** über die gesundheitliche Eignung des Kindes zum Besuch der Einrichtung (darf nicht älter als 4 Wochen zum Eintrittsdatum sein)     liegt vor     wird nachgereicht

- Überstandene Krankheiten** des Kindes:    Sonstige:
- Masern     Mumps     Keuchhusten     Kinderlähmung     \_\_\_\_\_
- Scharlach     Röteln     Diphtherie     Windpocken     \_\_\_\_\_

Hinweise zu Allergien; Unverträglichkeiten, Anfallsleiden usw.:

<b>Impfungen</b>	Sonstige (Datum und Art):
<input type="checkbox"/> Wundstarrkrampf (Tetanus)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
am:	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Dem automatischen **Bankeinzug** der Kindergartengebühren     stimme ich zu.     stimme ich nicht zu.  
 Konto-Nummer:                      Bankleitzahl:                      Geldinstitut:

Die mir/uns ausgehändigte Kindergartenordnung/Kindertagesstättenordnung erkenne(n) ich/wir in ihrer jeweils gültigen Fassung als verbindlich an. Sie ist Bestandteil dieses Aufnahmevertrages.

Ort, Datum:

(Unterschrift des Trägers oder dessen Beauftragte/n)

(Unterschrift der Eltern bzw. des/r Personensorgeberechtigten)