

# Aufnahmeantrag



St. Franziskus  
St. Hildegard  
Guter Hirte

Datum der Anmeldung \_\_\_\_\_

Ich/Wir beantrage/n die Aufnahme meines/unseres Kindes

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

in einer der Kindertagesstätten der Stadt Bad Iburg.

## **1. Wunsch**

DRK Kneippzwerge     St. Franziskus     Guter Hirte     St. Hildegard     St. Nikolaus

## **2. Wunsch**

DRK Kneippzwerge     St. Franziskus     Guter Hirte     St. Hildegard     St. Nikolaus

Anmeldung zum \_\_\_\_\_

Beginn des Kindergartenjahres: 01. August, aufgrund von Ferienzeiten kann der erste Kindertag davon abweichen.

Bitte tragen Sie die Öffnungszeiten entsprechend der gewünschten Einrichtung ein:

(siehe Infoblatt „Öffnungszeiten“)

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Integrationsgruppe ( 3 – 6 Jahre)       | 08:00 Uhr - 13:00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Regelgruppe ( 3 – 6 Jahre)              | 08:00 Uhr - _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Ganztagsgruppe ( 3 – 6 Jahre)           | 08:00 Uhr - _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Altersübergreifende Gruppe ( 2-6 Jahre) | 08:00 Uhr - _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Krippe (1 – 3 Jahre)                    | 08:00 Uhr - _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Eingewöhnungsgruppe (z zt Mo. + Die.)   | 15:15 Uhr- 17:45 Uhr  |
| <input type="checkbox"/> Sonderöffnungszeiten                    | _____                 |

Benötigen Sie zusätzliche Öffnungszeiten? Wenn ja, ab wann? Uhrzeit oder auch Datum

## Angaben zum Kind

Vor – und Nachname: \_\_\_\_\_ Junge  Mädchen   
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Straße/ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
bisheriger Kindergartenbesuch (Name/Ort): \_\_\_\_\_

## Gesundheitsangaben

Derzeitige chronische Krankheiten, Allergien, Störungen, etc.:

---

### Therapeutische Maßnahmen

- Frühförderung seit \_\_\_\_\_
- Sprachtherapie seit \_\_\_\_\_
- Ergotherapie seit \_\_\_\_\_
- sonstige therapeutische Maßnahmen seit \_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

Versichert durch  Vater  Mutter

Letzte Tetanusimpfung am: \_\_\_\_\_

Sonstiges (wichtige Informationen über Kind und Familie, Gruppenwunsch)

---

---

---

---

## Angaben zu den Sorgeberechtigten

	Mutter	Vater
Vor – und Nachname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend
Konfession		
Staatsangehörigkeit		
Beruf		
Beschäftigt bei		
Erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handynummer		
E- mail		

## Datenschutz

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass der Landkreis und die Gemeinde, die die Förderung der Kinder in Tageseinrichtungen nach der gesetzlichen Regelung wahrnehmen, von dem Träger des Kindergartens Auskunft über den Namen, die Anschrift und das Geburtsdatum des angemeldeten Kindes verlangen können, um den Bedarf an Plätzen in Tageseinrichtungen zu ermitteln und zu erfüllen.

Wenn Ihr Kind in der von Ihnen gewünschten Einrichtung keinen Platz bekommen kann, versuchen die Träger der oben genannten Einrichtungen Ihrem Kind einen Platz in einer anderen Einrichtung anzubieten.

Mit dieser Anmeldung ist noch keine Aufnahmезusage verbunden. Dazu bedarf es eines gesondert abzuschließenden Betreuungsvertrages.

---

Ort, Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Die Anmeldung ist eingegangen am \_\_\_\_\_

Unterschrift Kindergartenleiterin