

Bürgermeisteramt Steinen
Hauptamt
Eisenbahnstr. 31
79585 Steinen

Anmeldung zur Aufnahme in den Dora-Merian-Kindergarten Höllstein

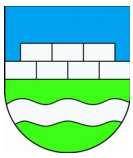
Aufnahmewunsch

Krippen / U3-Platz

Kindergartenplatz / Ü3-Platz

Gewünschtes Aufnahme-Datum: _____

Name, Vorname des Kindes		Adresse des Kindes		Geburtstag	
Muttersprache		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Kind wohnt bei <input type="checkbox"/> beiden Elternteilen <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _	
Name, Vorname der Mutter <input type="checkbox"/> berufstätig / Ausbildung		Name, Vorname des Vaters <input type="checkbox"/> berufstätig / Ausbildung			
Adresse und Telefon der Mutter		Adresse und Telefon des Vaters			
Tel. privat		Tel. privat			
Tel. mobil		Tel. mobil			
E-Mail		E-Mail			
Adresse, Tel. Arbeitsstelle		Adresse, Tel. Arbeitsstelle			
In Notfällen telefonisch zu erreichen					
Gewünschte Betreuungszeit:					
Kindergarten: (3 - 6 Jahre)					
<input type="checkbox"/> Regelgruppe: Vor- und Nachmittagsbetreuung mit Unterbrechung am Mittag					
Montag – Freitag 7.45 – 12.30 Uhr ohne Mittagstisch und					
Dienstag – Donnerstag 13.30 – 16.15 Uhr					
<input type="checkbox"/> Verlängerte Öffnungszeit oder GT: wahlweise mit Mittagessen					
<u>Möglichkeit 1:</u> Montag – Freitag 7.15 – 13.00 Uhr ohne Mittagstisch					
Dienstag 14.00 – 16.15 Uhr					
<u>Möglichkeit 2 (GT):</u> Montag – Freitag 7.15 – 14.30 Uhr mit Mittagstisch					
<input type="checkbox"/> Altersgemischte Gruppe					
Montag – Freitag 7.45 – 12.30 Uhr ohne Mittagstisch und					
Dienstag – Donnerstag 13.30 – 16.15 Uhr					
<input type="checkbox"/> Krippe (1-3 Jahre)					
Montag – Freitag 7.15 – 14.30 Uhr mit Mittagstisch					
Das Kind ist noch in folgenden Einrichtungen angemeldet:					



Bürgermeisteramt Steinen
Hauptamt
Eisenbahnstr. 31
79585 Steinen

Geschwister:

Name, Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname _____ geb. am _____

Überstandene Krankheiten:

- Masern Keuchhusten Scharlach Diphtherie Mumps
 Windpocken Röteln

Sonstige Krankheiten und / oder Allergien: _____

Impfungen: (jeweils Datum angeben)

Diphtherie: 1. am _____ 2. am _____
 3. am _____ 4. am _____

Von der Diphtherie-Schutzimpfung zurückgestellt am: _____

Tetanus: 1. am _____ 2. am _____
 3. am _____ 4. am _____

Sonstige Impfungen: _____

Hausarzt des Kindes: (Name, Anschrift)

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung entsteht erst mit der schriftlichen Zusage durch die Kindertagesstätte. Die Kindergartenordnung wird zur Kenntnis genommen und als verbindlich anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Die Erhebung der Daten ist zur Vermittlung eines Betreuungsplatzes in einer Kindertageseinrichtung in der Gemeinde Steinen erforderlich (Förderung nach §§ 3 Abs. 2 KiTaG, 24 Abs. 2 SGB VIII). Die Daten werden hierfür bei der Gemeinde Steinen elektronisch gespeichert und mit anderen Trägern / Einrichtungen ausgetauscht. Die Anmeldung kann nur dann sachgerecht und umfassend bearbeitet werden, wenn sie vollständig ausgefüllt ist. Zusätzlich werden die Daten von der Gemeinde Steinen nach ihrer Anonymisierung für die kommunale Bedarfsplanung nach § 3 KiTaG verwendet.