



Anmeldung

Kindertagesstätte Rosengarten
 Buch a. Buchrain
 Rosenstraße 1
 85656 Buch a. Buchrain

Anmeldung für Kindergarten

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: _____

1. Angaben zum Kind

Name		Vorname(n)	
Straße/Nr.			
PLZ/Wohnort			
Telefon			
Geb.Datum		Geb.Ort/Land	
Geschlecht	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	Konfession	
Staatsangehörigkeit		Familiensprache	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> _____

2. Angaben zu den Eltern (Personensorgeberechtigten)

	Mutter/ Personensorgeberechtigte	Vater/ Personensorgeberechtigter
Name		
Vorname		
Straße/Nr.		
PLZ/Wohnort/Ortsteil		
Telefon		
Mobilfunknummer		
Telefon dienstlich		
E-Mail*)		
Beruf*)		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		

Bei den mit *) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um gesondert erbetene freiwillige Angaben

Rechtliche Stellung:

Vater und Mutter sind verheiratet getrennt lebend geschieden in Lebensgemeinschaft

Wer hat das Sorgerecht? _____

Beide Elternteile bzw. der Elternteil, bei dem das Kind seinen überwiegenden Aufenthalt hat sind bzw. ist nichtdeutscher Herkunft

Ja ggf. Herkunftsland: _____,

Status festgelegt, Ausweis eingesehen von: _____
(Name, Unterschrift päd. Personal)

Sind/ist als Spätaussiedler anerkannt (Kopie Nachweis bitte beifügen)

Ja Nein

3. Weitere wichtige Angaben zum Kind

**Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit od. Konstitution des Kindes
(z.B. Allergien, Chronische Krankheiten usw.)**

Hausarzt des Kindes:

Name

Telefon

Anschrift

Name der Krankenversicherung:

Nachweis **Impfberatung** gem. § 334 Abs. 10a IfSG erbracht

Ja Nein Nachgereicht am: _____

Verpflichtender Impfnachweis oder Nachweis einer Immunität gegen Masern erbracht:

Ja Nein Nachgereicht am: _____

Nachweis **Vorsorgeuntersuchung** erbracht

Ja Nein Nachgereicht am: _____

Eingliederungshilfe

- Für das Kind besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 1 SGB XII
- Bescheinigung liegt vor, gültig bis:
- Bescheinigung liegt nicht vor

Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht? Wenn Ja, welche?

4. Angabe zu Geschwisterkindern

Name, Vorname	Geburtsdatum	Besucht das Kind unsere Einrichtung?
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein

5. Dringlichkeitsgründe für die Aufnahme – Nachweis der Berufstätigkeit

- von der Schule zurückgestellte Kinder
- Kinder, die im Vorschulalter sind
- Kinder alleinerziehender Elternteile
- Kinder, deren Eltern beide berufstätig sind
- Kinder, deren Familie sich in einer besonderen Notlage befindet

Achtung:

Nachweis der Berufstätigkeit durch Vorlage einer Arbeitgeberbescheinigung erforderlich.

6. Besonderer Betreuungsbedarf des Kindes

- Diagnostizierte Behinderung des Kindes unter Vorlage der ärztlichen Diagnose
- des Kindes, ggf. unter Vorlage der ärztlichen Diagnose/des psychologischen Gutachtens
- Chronische Erkrankung des Kindes

7. KINDERGARTEN Gewünschte Buchungszeit:

Buchungsgruppe 1	8.00 – 12.15 Uhr
Buchungsgruppe 2	7.30 – 12.30 Uhr
Buchungsgruppe 3	7.30 – 14.00 Uhr
Buchungsgruppe 4	7.30 – 15.00 Uhr, Freitag bis 14.30 Uhr
Buchungsgruppe 5	7.30 – 16.00 Uhr, Freitag bis 14.30 Uhr
Frühdienst	7.00 – 7.30 Uhr täglich
Spätdienst	16.00 – 16.30 Uhr, täglich außer Freitag

Bitte Buchungsgruppe täglich angeben

Wochentag	Buchungsgruppe	Mittagessen	Frühdienst	Spätdienst
Montag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Dienstag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Mittwoch		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Donnerstag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Freitag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein

8. Vormerkung des Kindes in anderen Kindertageseinrichtungen

Das Kind ist bereits und/oder wird noch in folgenden Kindertageseinrichtungen vorgemerkt:

Diese Anmeldung ist für beide Seiten unverbindlich.

Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertagesstätte besteht nicht.

Über die Aufnahme in die Einrichtung entscheidet die Leitung der Kindertagesstätte im Einvernehmen mit dem Träger nach Maßgabe der verfügbaren Plätze. Bei nicht genügend freien Plätzen wird eine Auswahl nach den in der Kindertagesstättensatzung aufgeführten Kriterien getroffen. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme besteht nicht.

Die Erziehungsberechtigten werden von der Aufnahme bzw. Nichtaufnahme schriftlich verständigt.

Alle Angaben unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung erhoben und selbstverständlich vertraulich behandelt.

Die erhobenen Daten verbleiben in der Einrichtung bzw. beim Träger und werden allenfalls zu einer Stichprobe, soweit die Kontrolle nicht ohnehin vor Ort stattfindet, unter Berücksichtigung des Datenschutzes an die Kontrollorgane übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ Personensorgeberechtigten

SEPA-Lastschriftsmandat

Zahlungsempfänger

Gemeinde Buch a. Buchrain
Fröbelweg 1
85669 Pastetten

Einrichtung: Kindertagesstätte Rosengarten

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42GBU00000010174

Mandatsreferenz: _____

Dieses SEPA-Lastschriftsmandat gilt für den Bildungs- und Betreuungsvertrag mit

Name Eltern: _____

Name Kind: _____

Ich ermächtige die Gemeinde Buch a. Buchrain, Fröbelweg 1, 85669 Pastetten, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Buch a. Buchrain, Fröbelweg 1, 85669 Pastetten auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnende mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtige/r

Name u. Vorname des Kontoinhabers

Name der Bank

Straße und Hausnummer

BIC

Postleitzahl und Ort

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontoinhabers