

## Aufnahmeantrag Familienzentrum „Drachenfelder Ländchen“ Villip

Ich/Wir beantrage/n die Aufnahme meines/unseres Kindes in den Kindergarten

Drachenfelder Ländchen \_\_\_\_\_ zum \_\_\_\_\_

### Personalien des Kindes:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Personalien der/s Erziehungsberechtigten:

**Name des Vaters:** \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

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

**Name der Mutter:** \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

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

**Zahl der Geschwister:** \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

durch wen versichert: Vater

Mutter

**Überstandene Krankheiten** (zutreffendes bitte ankreuzen):

- |            |                          |             |                          |               |                          |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Masern     | <input type="checkbox"/> | Röteln      | <input type="checkbox"/> | Windpocken    | <input type="checkbox"/> |
| Mumps      | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | Scharlach     | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Typhus        | <input type="checkbox"/> |
| Paratyphus | <input type="checkbox"/> | Gelbsucht   | <input type="checkbox"/> | Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> |

**Schutzimpfungen:**

- |             |                          |               |                          |          |                          |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> | Masern   | <input type="checkbox"/> |
| Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | Diphtherie    | <input type="checkbox"/> | Tetanus: | <input type="checkbox"/> |

Impftermin: \_\_\_\_\_

U 8 (Vorsorgeuntersuchung) bereits erfolgt:

Ja             Nein

**Besonderheiten** (Krankheiten z.B. Sehschwäche, Allergien u.ä.):

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**

In dringenden Fällen soll benachrichtigt werden:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Weitere Personen die im Notfall benachrichtigt werden können:

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

Es ist / sind

a) ein Elternteil ( )      b) beide Eltern ( )      berufstätig    bitte ankreuzen.

Das von mir gewünschte Betreuungsvolumen gebe ich in der Anlage an.

Wir haben unser Kind außerdem noch in folgenden Kindergärten angemeldet:

---

Bitte formulieren Sie in kurzen Worten, wieso Sie (zum jetzigen Zeitpunkt) die Aufnahme Ihres Kindes in unseren Kindergarten wünschen:

---

---

---

---

---

Ich benötige für mein Kind einen Platz in der integrativen Gruppe

Ja ( )                      nein ( )      bitte ankreuzen

**Erklärung:**

Ich/Wir erkennen die Kindergartenordnung als rechtsverbindlich an, solange mein Kind den Kindergarten besucht.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

---

(Vater)

---

(Mutter)

Absender:

---

---

---

---

An den Bürgermeister der  
Gemeinde Wachtberg  
Fachbereich IV  
Rathausstr.34  
53343 Wachtberg  
Fax-Nr. 0228 / 95 44 123

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

geb. \_\_\_\_\_

Geschlecht des Kindes  
Alter der Geschwister

m  w   
\_\_\_\_\_

Ich entscheide mich für folgendes Betreuungsvolumen:

- 25 Stunden** in der Zeit von 7.30 – 12.30 Uhr  
nicht in der integrativen Gruppe möglich
- 35 Stunden** in der Zeit von 7.30 -12.30 **und** von 14.00 –  
16.00 Uhr  
nicht in der integrativen Gruppe möglich
- 35 Stunden** in der Zeit von 07.00 bis 14.00 Uhr  
 mit Mittagessen  ohne Mittagessen  
nicht in der integrativen Gruppe möglich
- 45 Stunden** in der Zeit von 07.00 bis 16.00 Uhr mit  
Mittagessen

Wir sind interessiert an der Betreuung in der integrativen Gruppe (5 behinderte,  
10 nichtbehinderte Kinder) 07.00-16.00Uhr  ja  nein

Anmerkungen:

Datum

Unterschrift