

Aufnahmeantrag Kindergarten KinderW.E.L.T. Villip

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

KinderW.E.L.T. _____ 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:

Kindergarten Villip
KinderW.E.L.T.

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 |

Wir sind an folgendem Betreuungsumfang interessiert: (Bitte eines der unten stehenden Modelle auswählen)

- 25 Std. in der Zeit von 07.30 – 12.30 Uhr
- 35 Std. in der Zeit von 07.00 – 14.00 Uhr (Blocköffnungszeit)
- 35 Std. in der Zeit von 07.30 -12.00 **und** von 14.00 -16.00 Uhr
(Regelöffnungszeit)
- 45 Std. in der Zeit von 07.00 – 16.00 Ganztagsbetreuung
(Kindertagesstätte)

Wir sind interessiert an der Betreuung
in der U 3 Gruppe (Kinder ab 2 Jahre)

ja nein

Anmerkungen:

Datum

Unterschrift