

Aufnahmeantrag Kindertagesstätte „Maulwurfshügel“ Werthhoven

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

„Maulwurfshügel“ Werthhoven, Am Feldpütz 15 _____ zum _____

Personalien des Kindes:

Vor- und Zuname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____ Religion: _____

Anschrift _____

Telefon: _____ Staatsangehörigkeit: _____

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 Kindertagesstätten angemeldet:

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

Erklärung:

Ich/Wir erkennen die Kindergartenordnung als rechtsverbindlich an, solange mein Kind die Kindertagesstätte 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 í w í

Ich entscheide mich für folgendes Betreuungsvolumen:

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

Anmerkungen:

Datum _____

Unterschrift _____