

Dieses Anmeldeformular dient lediglich zur Erfassung der Kinder, die einen Platz in unserer Kindertagesstätte wünschen. Daraus leitet sich kein Anspruch auf einen Platz ab und die Eltern machen keine Zusage zur verbindlichen Anmeldung in unserer Einrichtung. Die Aufnahme des Kindes gilt erst mit Abschluss des Betreuungsvertrages als verbindlich für beide Seiten.



Hiermit beantragen wir die Aufnahme meines / unseres Kindes in die Kindertagesstätte „noris Kükenkoje“ zum _____
(frühestens 01.09.2017).

Mein Kind benötigt einen

Regelplatz Heilpädagogischen Platz

Daten zum Kind:

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Junge	Konfession	

Personensorgeberechtigte: (Wohnort des Kindes)

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Straße / Nr.			
Postleitzahl / Ort			
Bezug zum Kind (Vater, Mutter, etc.)		Ausgeübter Beruf	
Telefonnummer (tagsüber erreichbar)		Handynummer	
E-Mail			

Personensorgeberechtigte:

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Straße / Nr.			
Postleitzahl / Ort			
Bezug zum Kind (Vater, Mutter, etc.)		Ausgeübter Beruf	
Telefonnummer (tagsüber erreichbar)		Handynummer	
E-Mail			

Weitere Angaben:

Anzahl Geschwister			
Kind erreicht nach Ablauf des folgenden Kindergartenjahres die Schulpflicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	und erwerbstätig <input type="checkbox"/> Ja
Besonderer Sprachförderbedarf	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welcher Art:	

Gewünschte Buchungszeiten (Bitte gewünschte Bring- und Abholzeiten ankreuzen)					
Bringzeit: 7:00 Uhr bis 8:30 Uhr; „Kernzeit“ muss gebucht werden, mindestens 20 Std./Woche					
Uhrzeit ab:	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:00					
7:30 -					
8:00					
8:30 – 12:30	Kernzeit	Kernzeit	Kernzeit	Kernzeit	Kernzeit
12:30 – 13:30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					

Mittagessen:			
Teilnahme am Essen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Besonderheiten:

Weitere Angaben:									
Mein / unser Kind ist behindert oder von Behinderung bedroht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art der Behinderung:						
Wurde ein Antrag beim Bezirk Mittelfranken auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann wurde der Antrag gestellt?						
Besitzt ihr Kind einen: Behindertenausweis mit Kennzeichen:	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 1.Kl.	Notfallausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Herzpass	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allergieausweis		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

Wir bitten um umgehende Mitteilung, falls der Platz nicht mehr benötigt wird!

Die Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter gegeben.

Datum:	Name:	Unterschrift