

Aufnahmeantrag KITA

 Eingang (Datum)
 Kindertagesstätte

1. Der Aufnahmeantrag wird gestellt für den Besuch der Kindertagesstätte

- „Hand in Hand“ (Kirchstraße 9, 57518 Alsdorf)
 „Kleine Hände“ (Wacholderweg 26, 57537 Wissen)
 „Förderkindergarten“ (Schulstraße 1, 57635 Weyerbusch)

2. Gewünschter Aufnahmetermin:

 Monat Jahr

Aufnahme zum: _____ (wird von der Kindertagesstätte ausgefüllt)

3. Gewünschter Kindertagesstättenplatz

- Teilzeitplatz (nach Bedarf im Zeitraum von 7.00 - 14.00 Uhr/ Mittagessen möglich)
 Ganztagsplatz (nach Bedarf im Zeitraum von 7.00 - 16.30 Uhr/ Mittagessen möglich)
 Heilpädagogischer Platz (nach Bedarf im Zeitraum von 8.00 - 15.00 Uhr/ Mittagessen möglich)
 Sonstiges: _____ (Zusatzangabe)

4. Personalien des Kindes

Name: _____
 Vorname(n): _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Telefon: _____
 Bekenntnis: _____
 Besuchte das Kind
 bisher eine andere
 Kita? Welche? _____

5. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

5.1. Vater: Name: _____
 Vorname(n): _____
 Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Arbeitgeber: _____
 Krankenkasse: _____
 Telefon (privat): _____
 Telefon (mobil): _____
 Telefon (Arbeitsstelle): _____
 E-Mail: _____

5.2. Mutter:

Name: _____
 Vorname(n): _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Arbeitgeber: _____
 Krankenkasse: _____
 Telefon (privat): _____
 Telefon (mobil): _____
 Telefon (Arbeitsstelle): _____
 E-Mail: _____

5.3. Familiensituation:

- ledig verheiratet getrennt lebend
 geschieden verwitwet in neuer Lebensgemeinschaft

5.4. Anzahl der in der Familie lebenden Kinder (inklusive des/der Anzumeldenden)

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergeldbezug	
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6. Angaben nur bei Alleinerziehenden

Wem steht das Personensorgerecht zu? Beiden Vater Mutter

Anderen; wem? _____

Gibt es Besonderheiten im Besuchsrecht? _____
 (Angabe freiwillig)

7. Angaben zu einer (neuen) Lebensgemeinschaft

Personalien des/der (neuen) Lebenspartners/ Lebenspartnerin [Angaben freiwillig]

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (mobil): _____

Telefon (Arbeitsstelle): _____

E-Mail: _____

8. Gesundheit

8.1. Überstandene Krankheiten des Kindes

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

8.2. Schutzimpfungen:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Tetanus (Impftermin/e), (Datum) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | _____ | | |

8.3 Hausarzt:

Name: _____

Praxis: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Telefax: _____

8.4. Krankenversicherung:

Krankenversichert über Vater Mutter Sonstige

9. Wichtige Zusatzangaben zum Kind

Liegt eine Behinderung vor?

Nein Ja

Was für eine Behinderung?

Liegen Allergien vor?

Nein Ja

Was für Allergien?

Ist eine Allergie gegen Wespenstiche bekannt?

Nein Ja

Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

Nein Ja

Welche Unverträglichkeiten?

Befindet sich das Kind in therapeutischer Behandlung?

Nein Ja

In welcher?

Ist das Kind an Epilepsie erkrankt?

Nein Ja

Welche Medikamente?

10. Notfalladresse und Notfalltelefon

Falls beide Elternteile nicht erreichbar sind,

ist/sind nebenstehende Personen zu

benachrichtigen:

(Name, Vorname, Telefon)

11. Bringen/Abholen des Kindes

Das Kind ist persönlich an befugte Mitarbeiter der Kindertagesstätte zu übergeben.

Das Kind wird abgeholt von

Hiermit bestätige ich/wir die Anmeldung:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Lenkung Dokument	Datum (Ausdruck):	Freigabe:	Revisionsstand:	Seitenzahl:
	22.07.2022	22.09.2021 16:31	5	Seite: 4 von 4