



## Aufnahmeantrag

Eingang [Datum]  
Kindertagesstätte: \_\_\_\_\_

für den Besuch einer Kindertagesstätte der Lebenshilfe GmbH

### 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 (ohne Mittagessen)  
 Ganztagsplatz (mit Mittagessen)  
 Heilpädagogischer Platz (mit Mittagessen)  
 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? \_\_\_\_\_

Erstellt 18.09.2014

Seite 1 von 5

**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 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. Angaben nur bei Alleinerziehenden**

Wem steht das Personensorgerecht zu?  Beiden  Vater  Mutter  
 Anderen; Wem? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten im Besuchsrecht? \_\_\_\_\_

**7. Angaben zu einer Lebenspartnerschaft**

Personalien des/der Lebenspartners/ Lebenspartnerin am Wohnort des Kindes

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    |

Sonstige: \_\_\_\_\_

**8.2. Schutzimpfungen:**

- Diphtherie                       Masern                       Keuchhusten  
 Kinderlähmung               Tuberkulose  
 Tetanus; Impftermin(e): \_\_\_\_\_ [Datum]  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**8.3. Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Praxis: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_  
 Person/en zu nachrichtigen: \_\_\_\_\_  
 [Name, Vorname, Telefon] \_\_\_\_\_

**11. Bringen/Abholen des Kindes**

Das Kind ist persönlich an befugtes Personal der Kindertagesstätte zu übergeben.

Das Kind wird abgeholt von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich/wir die Anmeldung:**

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum, Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten]