



Verbandsgemeinde
Wissen

Aufnahmeantrag

für den Besuch
einer kommunalen Kindertagesstätte
der Verbandsgemeinde Wissen

Eingang [Datum]
Kindertagesstätte:

1 Der Aufnahmeantrag wird gestellt für den Besuch der Kindertagesstätte

- „Villa Kunterbunt“ (Hachenburger Straße 121, 57537 Wissen-Köttingen)
- „Lummerland“ (Stadionstraße 37, 57537 Wissen)
- „Löwenzahn“ (Barbarastraße 7, 57581 Katzwinkel)
- „St. Elisabeth“ (Hüllstraße 24, 57587 Birken-Honigsessen)
- „St. Katharina“ (Brixiusstraße 17, 57537 Wissen-Schönstein)

2 Gewünschter Aufnahmetermin: / [Monat/Jahr]

Aufnahme zum: / [wird von Kindertagesstätte ausgefüllt!]

3 Gewünschter Kindertagesstättenplatz

- Teilzeitplatz (ohne Mittagessen)
- Ganztagsplatz (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? Nein Ja; Welche Einrichtung?

[Name, Anschrift, Telefon]

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 Kindes]

	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? _____

[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:

Diphtherie Gelbsucht Keuchhusten

Kinderlähmung Masern Mumps

Paratyphus Röteln Scharlach

Tuberkulose Typhus 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

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Diese Angaben helfen uns jedoch, die Entwicklung Ihres Kindes genauer zu beobachten.

Wie verlief die Schwangerschaft?*

Normal mit Komplikationen; Welcher Art?

Wie waren die Apgar-Werte bei der Geburt?*

Liegt eine Behinderung vor?

Nein Ja; Was für eine Behinderung?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja**

** Bitte Formular „Medikamentengabe“ in der Kindertagesstätte anfordern.

Benötigt Ihr Kind Notfallmedikamente?

Nein Ja**

*** Bitte ärztliches Attest vorlegen.

Liegen Allergien vor?

Nein Ja***; Was für Allergien?

Bestehen bei Ihrem Kind sonstige Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen?

Nein Ja***; Was für Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen?

Liegen Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten vor?

Nein Ja***; Welche Unverträglichkeiten?

Befindet sich das Kind in therapeutischer Behandlung?

Nein Ja; In welcher?

Ist das Kind oder ein Familienangehöriger an Epilepsie erkrankt?

Nein Ja; Bei wem, seit wann und unter welchen Umständen trat das Symptom zum ersten Mal auf?

10 Notfalladresse und Notfalltelefon

Falls beide Elternteile nicht erreichbar sind, ist/sind nebenstehende Person(en) zu benachrichtigen.
[Name, Vorname, Telefon]

Hiermit bestätige(n) wir/ich die Anmeldung

[Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten]