



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 Aufnahmeterrmin:** _____ / _____ [Monat/Jahr]

Aufnahme zum: _____ / _____ [wird von Kindertagesstätte ausgefüllt!]

3 Gewünschter Kindertagesstättenplatz

- 7-Stunden-Betreuung (ohne Mittagessen, Unterbrechung des Einrichtungsbesuchs über Mittag)
- 7-Stunden-Betreuung (mit Mittagessen, Angebot nur in der Kindertagesstätte „Lummerland“)
- Ganztagsplatz (mit Mittagessen)

4 Personalien des Kindes

Name: _____

Vorname(n): _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort/-land: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Bekenntnis: _____

Besuchte das Kind bis- Nein Ja; Welche Einrichtung? [Name, Anschrift, Telefon]

her eine andere KiTa?

5 Angaben zu den Erziehungsberechtigten

5.1 Vater: Name: _____
Vorname(n): _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort/-land: _____
Muttersprache/sonstige: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Telefon (Privat/Mobil): _____
Telefon (Arbeitsstelle): _____
E-Mail: _____

5.2 Mutter: Name: _____
Vorname(n): _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort/-land: _____
Muttersprache/sonstige: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
Telefon (Privat/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/-land: _____
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]