



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) Waldgruppe Wisserland (bitte Zusatzblatt ausfüllen)
- „St. Elisabeth“ (Hüllstraße 24, 57587 Birken-Honigsessen)
- „St. Katharina“ (Brixiusstraße 17, 57537 Wissen-Schönstein)
- Es erfolgte auch eine Anmeldung in einer anderen KiTa: _____

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

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

3 Gewünschter Kindertagesstättenplatz

- 7-Stunden-Betreuung (ohne Mittagessen, Unterbrechung des Einrichtungsbesuchs über Mittag)
- Ganztagsplatz (mit Mittagessen)
- Ganztagsplatz mit halber Beitragspauschale (an bis zu 9 Tagen im Monat Betreuung über Mittag 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-
her eine andere KiTa? Nein Ja; Welche Einrichtung? [Name, Anschrift, Telefon]

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.

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]

Wir/ich erklären uns damit einverstanden, dass die Anmelde Daten (Name, Vorname und Geburtsdatum) zum Zwecke der Bedarfsplanung an andere Kindertagesstätten im Bereich der Verbandsgemeinde Wissen weitergegeben werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

[Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten]