



---

Haus für Kinder St. Margaretha

Anmeldung für .....(Monat, Jahr)

Wunschgruppe: .....

**1. Personalien des Kindes:**     männlich     weiblich     divers

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtstag: .....Geburtsort:.....

Staatsangehörigkeit: .....Religion:.....

Straße: .....

Wohnort: .....

**2. Personalien der Mutter:**

Familienname: .....Vorname:.....

Geburtstag: .....Staatsangehörigkeit:.....

Familienstand: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Tel. beruflich: .....

Telefon:            Privat:.....Mobil:.....

E-Mail: .....

**3. Personalien des Vaters:**

Familienname: .....Vorname:.....

Geburtstag: .....Staatsangehörigkeit:.....

Familienstand: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Tel. beruflich: .....

Telefon:            Privat:.....Mobil:.....

E-Mail: .....

---

Haus für Kinder St. Margaretha, Simsseestr.41, 83112 Frasdorf

Tel:0 80 52/42 52 (Kindergarten)

Tel: 0 80 52/9 57 99 76 (Krippe)

Fax:0 80 52/9 57 99 75

e-mail: st-margaretha.frasdorf @kita.ebmuc.de



**4. Buchungszeiten**

Folgende Betreuungszeiten werden im Rahmen der Öffnungszeiten der Kindertageseinrichtung gewünscht:

	<b>von</b>	<b>bis</b>	
Montag:	Uhr	Uhr	Std.
Dienstag:	Uhr	Uhr	Std.
Mittwoch:	Uhr	Uhr	Std.
Donnerstag:	Uhr	Uhr	Std.
Freitag:	Uhr	Uhr	Std.

**Bitte beachten Sie die Mindestbuchungszeit von 08:15 Uhr – 12:45 Uhr!!!**

Summe der Buchungsstunden wöchentlich: \_\_\_\_\_ Std.

Diese entsprechen einer durchschnittlichen täglichen Buchungszeit von: \_\_\_\_\_ Std.

**5. Kernzeit:**

Unsere Kernzeit beträgt 4 Std.: derzeit von 08.30 bis 12.30

Mit der Einteilung der Kernzeit sind wir einverstanden.  Ja

Wir möchten folgende Einteilung: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**6. Geschwister**

Vorname: .....Geb. am:.....

Vorname: .....Geb. am:.....

**7. Gesundheit:**

Name und Anschrift des Arztes:.....

Telefon: .....

Krankenkasse: .....

Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand des Kindes:.....

Allergien:.....

Impfungen:.....



Das Kind bedarf auf Grund einer bestehenden körperlichen/seelischen Behinderung einer **besonderen Förderung** in der

Kindertageseinrichtung:  ja  nein

**8. Sonstige wichtige Informationen über Kind und Familie:**

.....  
.....

**9. Das Kind wird abgeholt von:**

.....  
-----

**10. Im Notfall anzurufen:**

.....

**11. Angaben zur Bankverbindung:**

Bankname

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ich/Wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und bearbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Ich/Wir willige/n ein, dass die Kindertageseinrichtung zu Planungszwecken der Kommune des Wohnsitzes des Kindes folgende Daten übermittelt: Name, Anschrift und Geburtsdatum des Kindes, Zu- oder Absage eines Betreuungsplatzes.

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrages zwischen den Eltern /Personensorgeberechtigten(n) und dem Träger der Einrichtung.

Wichtige Änderungen zu den obengenannten Punkten, sind der Einrichtung umgehend mitzuteilen!

Ort/Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten