|  |  |
| --- | --- |
| **Aufnahmebogen**  **(bitte im Rathaus abgeben)**    |  **Kitaservicestelle**  Herr Hirth  Telefon: (07191) 5005 - 37  Fax: (07191) 5005 - 50  E-Mail: hirth@auenwald.de   |

 **Anmeldung zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  **Änderung ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  **Abmeldung zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Änderung der Betreuungszeit sind vier Wochen im Voraus im Rathaus per Formular einzureichen)

# 1. Angaben zum Kind

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..……

Name Vorname

…………………………………………………………………………… …………………………………………………….………….….………..……

Geb. am Geburtsort

………………………………………………………………………………..………………………………………………….……………..……….…… Staatsangehörigkeit Geschlecht

………………………………………………………………………………..………….…………………………………….………………..….….……

Straße, Haus-Nr.

………………………………………………………………………………..…………………..………………………………………….….….…....…
PLZ, Wohnort/Teilort

……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….…

Konfession

## 2. Angaben zu den Personenberechtigten

 **Sorgeberechtigt**   **Sorgeberechtigt**

…………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………….
Name, Vorname Name, Vorname

…………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………….

Herkunftsland / Staatsangehörigkeit Herkunftsland / Staatsangehörigkeit

…………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………….

Straße, Haus-Nr. Straße, Haus-Nr.

………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………..…….. PLZ, Wohnort/Teilort PLZ, Wohnort/Teilort

……………………………………………………………………………………............…………………………………………………………………………………

Telefon-Nummer und E-Mail, unter der Sie tagsüber erreichbar sind



# 3. Arbeitgeberbescheinigung

# 3.1 Arbeitgeberbescheinigung Sorgeberechtigte Person 1:

# Die folgende Arbeitgeberbescheinigung ist vom Arbeitgeber zwingend auszufüllen.

|  |
| --- |
| Sorgeberechtige Person 1 Vor-/Nachname: |
| Arbeitgeber: |
| Beschäftigungsort: |
| Tätigkeit: |

**Beschäftigungsumfang:**

Vollzeit ………..  Teilzeit ……. %  Sonstige ……….

|  |  |
| --- | --- |
| **Wochentag** | **Arbeitszeit von bis** |
| Montag |  |
| Dienstag |  |
| Mittwoch |  |
| Donnerstag |  |
| Freitag |  |

Unterschrift & Stempel des Arbeitgebers:

 ………………………………………………………………………………………………………………………..

Ort, Datum

**Kleinkindbetreuung für Kinder von 1 bis 3 Jahren von Montag bis Freitag:**

Halbtagesgruppe an fünf Tagen: (Betreuung von 8.00 bis 12.00 Uhr)

Regelgruppe an fünf Tagen: (Betreuung von 7.30 bis 13.30 Uhr)

Verlängerte Öffnungszeiten XL an fünf Tagen (Betreuung von 7.30 bis 14.30 Uhr)

Ganztagesbetreuung an fünf Tagen: (Betreuung von 7.00 bis 17.00 Uhr)

 Kombi Verlängerte Öffnungszeiten XL bis 14:30 Uhr/Ganztagesbetreuung bis 17:00 Uhr

Betreuung an 2 festen Tagen von 7.00 bis 17.00 Uhr MoDiMiDoFr

 Betreuung an 3 festen Tagen von 7.30 bis 14.30 Uhr MoDiMiDoFr

**Betreuung für Kinder ab 3 Jahren von Montag bis Freitag:**

Halbtagesgruppe an fünf Tagen: (Betreuung von 8.00 bis 12.00 Uhr)

Regelgruppe an fünf Tagen: (Betreuung von 7.30 bis 13.30 Uhr)

Verlängerte Öffnungszeiten XL an fünf Tagen (Betreuung von 7.30 bis 14.30 Uhr)

Ganztagesbetreuung an fünf Tagen (Betreuung von 7.00 bis 17.00 Uhr)

Kombi Regelgruppe/Ganztagesbetreuung
Betreuung an 2 festen Tagen von 7.00 bis 17.00 Uhr MoDiMiDoFr

Betreuung an 3 Tagen von 7.30 bis 13.30 Uhr MoDiMiDoFr

Betreuung an 3 festen Tagen von 7.00 bis 17.00 Uhr MoDiMiDoFr
Betreuung an 2 Tagen 7.30 bis 13.30 Uhr MoDiMiDoFr

Kombi Verlängerte Öffnungszeiten XL/Ganztagesbetreuung

Betreuung an 2 festen Tagen von 7.00 bis 17.00 Uhr MoDiMiDoFr

Betreuung an 3 Tagen von 7.30 bis 14.30 Uhr MoDiMiDoFr

Betreuung an 3 festen Tagen von 7.00 bis 17.00 Uhr MoDiMiDoFr

Betreuung an 2 Tagen von 7.30 bis 14.30 Uhr MoDiMiDoFr

Die Zuteilung erfolgt frühestens **3 Monate** **vor Aufnahme**

# 3.2 Arbeitgeberbescheinigung Sorgeberechtigte Person 2:

Die folgende Arbeitgeberbescheinigung ist von beiden Arbeitgebern zwingend auszufüllen.

|  |
| --- |
| Sorgeberechtige Person 2 Vor-/Nachname: |
| Arbeitgeber: |
| Beschäftigungsort: |
| Tätigkeit: |

**Beschäftigungsumfang:**

Vollzeit ……….  Teilzeit ……. %  Sonstige ……….

|  |  |
| --- | --- |
| **Wochentag** | **Arbeitszeit von bis** |
| Montag |  |
| Dienstag |  |
| Mittwoch |  |
| Donnerstag |  |
| Freitag |  |

Unterschrift & Stempel des Arbeitgebers:

………………………………………………………………………………………………………………………..

Ort, Datum

## 4. Geschwister

Zur Familie gehörende Kinder **unter 18 Jahre**:

…………………………………………………………. …………………………………………… ………………………………………………………

Name, Vorname geb. am Einrichtung / Gruppe od. Klasse

…………………………………………………………. …………………………………………… ………………………………………………………

Name, Vorname geb. am Einrichtung / Gruppe od. Klasse

…………………………………………………………. …………………………………………… ………………………………………………………

Name, Vorname geb. am Einrichtung / Gruppe od. Klasse

…………………………………………………………. …………………………………………… ………………………………………………………

Name, Vorname geb. am Einrichtung / Gruppe od. Klasse

# 5. Hausarzt

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

Name Hausarzt des Kindes

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

Straße, Haus-Nr.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

PLZ, Ort

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

Telefon

**6. Bekannte Krankheiten / Allergien**

Krankheiten: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ……………….…………………………………………………………………………………………………………………………………

Allergien: ………………………………………………………………………………………..…………….………………………………………….

 …………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

## 7. Impfungen (jeweils Datum angeben)

Masern: …..…………………………. ….……………………………..

 1. Impfung 2. Impfung

Nach dem Masernschutzgesetz müssen Eltern nachweisen, dass ihre Kinder ab einem Alter von einem Jahr vor Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung wie Kindergarten oder Schule die von der STIKO empfohlenen Impfungen gegen Masern erhalten haben. Dies gilt auch für Personen, die bereits vier Wochen in einem Kinderheim betreut werden oder in einer Unterkunft für Geflüchtete untergebracht sind. Das Gesetz gilt seit dem 1. März 2020.

Sonstige Impfungen: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….………………..………………………………………….…

Bitte den Impfausweis in Kopie beilegen

………………………………………………. ……………………………………………….. ………………..……………………………..…..………………

Ort, Datum Unterschrift Unterschrift

 Sorgeberechtigter Sorgeberechtigter

**Wichtig!** **Bitte beachten Sie, dass beitragsrelevante Änderungen direkt an die Sachbearbeiterin für Kindergartenangelegenheiten im Rathaus schriftlich gemeldet werden müssen, um für den kommenden Beitragsmonat wirksam zu werden.**

**Datenschutzerklärung zur Anmeldung:**

**Sie erklären sich mit der Unterschrift auf der Anmeldung damit einverstanden, dass die von Ihnen angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Die Daten werden dabei nur zweckgebunden zur Bearbeitung der Anmeldung bzw. für die spätere Gebührenerhebung genutzt (weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage: www.auenwald.de).**