Allmersbach im Tal

Aufnahmebogen

(bitte im Rathaus abgeben)

Sachbearbeiter
Frau Madline Mack
Telefon: (07191) 35 30 - 45
Fax: (07191) 35 30 - 30
Email: mmack@allmersbach.de

Aufnahme ab : ……
(Anmeldungen werden frühestens **9 Monate vor Aufnahme** entgegengenommen)

Eingangsstempel:

1. Angaben zum Kind

…… ……
Name Vorname

…… ……
Geb. am Geburtsort

…… ……
Staatsangehörigkeit Geschlecht

…… ……
Straße, Haus-Nr. Konfession

…… ……
Wohnort Festnetz

Die Zuteilung erfolgt frühestens **3 Monate vor Aufnahme** durch die Gemeindeverwaltung, unter Berücksichtigung Ihres Wunsches.

Wunsch Einrichtung: ☐ **Kindertagestätte Im Wiesental** ☐ **Kinderhaus Mozartweg**
☐ **Krippe Wiesental** ☐ **Krippe Mozartweg**

Betreuungsform: ☐ **VÖ** (7:30 Uhr bis 13:30 Uhr)

☐ **GT** (7:00 Uhr bis 17:00 Uhr) ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
Hinweis: nur in Kindergartengruppen ab 2 Jahren möglich

☐ **Sharing VÖ (nur in Krippe)** ☐ 2 Tage oder ☐ 3 Tage ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
Hinweis: nur zusammenhängende Tage möglich

2. Angaben zu den Personenberechtigten

☐ **Sorgeberechtigt**

……
Name, Vorname

……
Herkunftsland / Staatsangehörigkeit

……
Straße, Haus-Nr.

……
PLZ, Wohnort

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

……
Name Handy

☐ **Sorgeberechtigt**

……
Name, Vorname

……
Herkunftsland / Staatsangehörigkeit

……
Straße, Haus-Nr.

……
PLZ, Wohnort

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

……
Name Handy

Sonstige Angaben zu Sorgeberechtigten: ……

……

……

……

3. Arbeitgeber

☐ **Sorgeberechtigt**

……
Arbeitgeber

……
Ort

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ……. % ☐ Sonstige …….

☐ **Sorgeberechtigt**

……
Arbeitgeber

……
Ort

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ……. % ☐ Sonstige …….

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. Überstandene Krankheiten

Krankheiten: ……

……

……

Allergien: ……

……

7. Impfungen (jeweils Datum angeben)

Tetanus: …… …… …… ……
1. Impfung 2. Impfung 3. Impfung 4. Impfung

Sonstige Impfungen: ……

……

…… …… ……
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtiger Unterschrift 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.

Bearbeitungsvermerk: **Wird von Gemeinde ausgefüllt**

Zuteilung: …… …… ……
Datum Kiga / Krippe Gruppe

Eintrittsdatum: ……

Notizen: ……

……

……

……

	Datum	Kürzel
☐ Elternbrief versendet	……	……
☐ NH-Kita erfasst	……	……
☐ Beitragsrechnung versendet	……	……
☐ Info an Kita	……	……

☐ Erledigt zur Ablage