



Anmeldung für die Kindertagesstätte in der Ortsgemeinde Mauchenheim

Angaben zum Kind

Name			Vorname		
Geburtsdatum			Geburtsort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers			Staatsangehörigkeit		
Straße Haus-Nr.			Ort PLZ		
Religion/Konfession (freiwillige Angabe)					
Schutzimpfungen (jeweils das letzte Datum)					
<input type="radio"/> DIPHTHERIE		<input type="radio"/> MASERN		<input type="radio"/> RÖTELN	
<input type="radio"/> GELBSUCHT		<input type="radio"/> MUMPS		<input type="radio"/> TUBERKULOSE	
<input type="radio"/> KEUSCHHUSTEN		<input type="radio"/> PARATYPHUS		<input type="radio"/> WINDPOCKEN	
<input type="radio"/> KINDERLÄHMUNG		<input type="radio"/> TYPHUS		<input type="radio"/> TETANUS (WUNDSTARRKRAMPF)	
Bestehen besondere körperliche und/oder geistige Beschwerden/Beeinträchtigungen?					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, welche?					
Liegen Lebensmittelunverträglichkeiten vor?					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, welche?					
Bestehen Allergien?					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, welche bzw. gegen welches Allergen?					

1. Personenberechtigte/r

<input type="checkbox"/> Gemeinsame Sorgerecht		<input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht (bitte Sorgerechtserklärung beifügen)	
Familiename 1. Personenberechtigte/r		Vorname/n 1. Personenberechtigte/r	
Straße Hausnummer		PLZ Ort	
E-Mail		Telefon	Geburtsdatum
Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden			
<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges			
Berufstätig bzw. in Ausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		von	bis
			Uhr
Arbeitgeber/in (freiwillige Angabe)		Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)	

2. Personenberechtigte/r

Familiename 2. Personenberechtigte/r		Vorname/n 2. Personenberechtigte/r		
Straße Hausnummer		PLZ Ort		
E-Mail	Telefon	Geburtsdatum		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges				
Berufstätig bzw. in Ausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		von	bis	Uhr
Arbeitgeber/in (freiwillige Angabe)		Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)		

Anzahl der Geschwister:

Geschwisterkind in der Einrichtung: ja nein

Betreuungswunsch/ Begründung einer Dringlichkeit

Teilzeit <input type="checkbox"/> Zeitkorridor 7 Stunden (ohne Mittagessen) <input type="checkbox"/> Zeitkorridor 7 Stunden mit Mittagessen 7.30-14.30 Uhr <input type="checkbox"/> Zeitkorridor 9 Stunden mit Mittagessen 7.30-16.30 Uhr	Mittagessen an folgenden Tagen: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
---	---

Ihr gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Wird das Kind aktuell Familien extern betreut?

- Ja, in einer Kindertageseinrichtung
 Ja, in der Kindertagespflege
 nein

Wir nehmen Ihren Antrag in eine Warteliste auf und werden Sie benachrichtigen, wenn für Ihr Kind ein Platz zur Verfügung steht.

Ort/Datum

Unterschrift 1. Personenberechtigter

Unterschrift 2. Personenberechtigter