**Anmeldebogen**  󠆨 KRIPPE 󠆨 KINDERGARTEN

**Das Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Familien-Name  | Vorname  |
| Straße  | PLZ / Wohnort |
| Muttersprache | Stadt Augsburg  |
| Geburtsdatum  |  O Männlich  O Weiblich  |
| Konfession  | Staatsangehörigkeit  |

wird zur Aufnahme ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ angemeldet.

Die **Eltern** */* **Personensorgeberechtigten** des Kindes sind:

|  |  |
| --- | --- |
| Familien-Name, Vorname  | Familien-Name, Vorname |
| Straße | Straße  |
| PLZ / Wohnort | PLZ / Wohnort |
| Sprachen | Sprachen  |
| Telefon  | Telefon  |
| E-Mail  | E-Mail  |
| Geburtsort / Land  | Geburtsort / Land  |
| Beruf (Freiwillige Angabe)  | Beruf (Freiwillige Angabe)  |

Folgende Buchungszeiten werden im Rahmen der Öffnungszeiten (07:30 Uhr – 16:00 Uhr) der Einrichtung gewünscht:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | von  | bis | = Stunden |
| Montag | Uhr  | Uhr  | Std. |
| Dienstag | Uhr  | Uhr | Std.  |
| Mittwoch | Uhr | Uhr | Std.  |
| Donnerstag | Uhr | Uhr | Std. |
| Freitag  | Uhr | Uhr  | Std.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Summe der Buchungsstunden wöchentlich:  | Std.  |
| Diese entsprechen einer durchschnittlichen täglichen Buchungszeit von:  | Std.  |

Das Kind soll am **Mittagessen** teilnehmen:

O Montag O Dienstag O Mittwoch O Donnerstag O Freitag

Es wird darauf hingewiesen, dass es zum gesetzlichen Schutzauftrag des Trägers der Kindertageseinrichtung bzw. des betreuenden Fachpersonals zählt, sich bereits zu Beginn des Besuchs der Einrichtung Kenntnis über den Entwicklungsstand des Kindes zu verschaffen und darauf hinzuwirken, dass das Kind die notwendige Früherkennungsuntersuchung wahrnimmt. Dies ist Voraussetzung für eine individuelle Förderung des Kindes. Aus diesem Grund sind Träger bzw. beauftragtes Fachpersonal verpflichtet, sich bei Aufnahme die Teilnahme des Kindes an der letzten fälligen altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchung von den Eltern / Personensorgeberechtigten nachweisen zu lassen.

**Infos laut U-Heft** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besonderer Sprachförderbedarf**  󠆨 Ja 󠆨 Nein

**Behinderung** festgestellt oder laufendes Verfahren zur Feststellung einer Behinderung

󠆨 Ja 󠆨 Nein gegebenenfalls welche Behinderung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Platzvergabekriterien, die auf Sie zutreffen:**

󠆨 alleinerziehend, berufstätig oder in Ausbildung

**󠆨** alle Sorgeberechtigte berufstätig oder in Ausbildung

󠆨 in einer Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit

󠆨 mein Kind kommt im September in die 1. Klasse Grundschule

**Setzen Sie bitte Ihre Prioritäten mit 1, 2, 3:**

\_\_\_\_ Kita AWO „Pumuckl“ \_\_\_ Städt. KITA Meisenweg \_\_\_ Kiga St. Konrad

Ich / Wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet 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 des Betreuungsplatzes.

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

Sollte o.g. Kind keinen Kita-Platz in der von mir/uns gewünschten Einrichtung erhalten, bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass die obengenannten Angaben zum Zweck der weiteren Suche nach einem geeigneten Kita-Platz dem zuständigen K.I.D.S – Familienstützpunkt bzw. weiteren Kindertageseinrichtungen übermittelt werden. In diesem Fall erhalte ich /wir vom KIDS Familienstützpunkt ggf. weitere Informationen über freie Kita-Plätze für mein/unser Kind.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: Unterschrift der/des Beauftragten des Trägers/der

Leitung

Stempel der Einrichtung