

Aufnahmeantrag

für das Kitajahr 20__ / 20__

Foto

Persönliche Angaben zum Kind

Familiename			
Vorname			
Geburtsdatum		m	w
Geburtsort*			
Staatangehörigkeit			
Muttersprache			
Adresse			
PLZ/Ort			
Krankenkasse			
Krankenversicherungsnummer			
Versichert bei	Mutter	Vater	beide
Kinderarzt / Tel.			
Allergien			
erziehungs-/sorgeberechtigt ist/sind	Mutter	Vater	beide

Wo wurde das Kind bisher betreut?*

Name der Einrichtung	Zeitraum von-bis

Geschwister*

Vorname	Alter	derzeitige Kita/Schule

Mein/unsere Kind hat folgende Schutzimpfungen erhalten

Impfungen gegen	Vollständige Grundimmunisierung	Anzahl der Impfungen	Handlungsbedarf	
			ja	nein
Diphtherie	mindestens 3-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/> mindestens 3-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis	<input type="checkbox"/> mindestens 4-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> mindestens 3-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR Pflichtimpfung!	<input type="checkbox"/> 2-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hib (Haemophilus influenzae b)	<input type="checkbox"/> mindestens 3-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> mindestens 3-mal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikationsimpfungen				
Hepatitis A				
Pneumokokken				

Wichtig: Bitte reichen Sie zu den Anmeldeunterlagen eine Kopie des Impfpasses, sowie eine Kopie der Geburtsurkunde Ihres Kindes ein.

Persönliche Angaben zu den Eltern

Mutter

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum / Geburtsort*	
Staatsangehörigkeit*	
Adresse	
PLZ/ Ort	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Mobil	
E-Mail	
ausgebildet als*	
ausgeübter Beruf*	
Arbeitgeber*	
Familienstand	

Vater

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum / Geburtsort*	
Staatsangehörigkeit*	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Mobil	
E-Mail	
ausgebildet als*	
ausgeübter Beruf*	
Arbeitgeber*	
Familienstand	

Sämtliche Änderungen (Adresse, Telefonnummern, Krankenkasse, festgestellte Krankheiten etc.) sind der Kitaleitung umgehend und schriftlich mitzuteilen.

Ab wann soll Ihr Kind in unserer Kita betreut werden? _____

gewünschte Betreuungszeit in Stunden* 4-5 Std. 5-7 Std. 7-9 Std. <9 Std.

Hiermit versichere/n ich/wir, dass die von mir/uns gemachten Angaben vollständig und korrekt sind.

Datum

Unterschriften der Erziehungsberechtigten

* = freiwillige Angabe

Gesundheit und Lernfähigkeit

1. Hat Ihr Kind irgendwelche körperlichen Behinderungen, Krankheiten, Allergien oder Seh- bzw. Hörschädigungen?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte detaillierte schriftliche Angaben und fügen Sie entsprechende Dokumente (z.B. ärztliche Atteste) bei. Spätere, ärztlich diagnostizierte Veränderungen sind der Kita umgehend schriftlich anzuzeigen.

2. Hat ihr Kind Unverträglichkeiten/Restriktionen bezüglich des Essens oder darf Ihr Kind bestimmte Speisen aus religiösen Gründen nicht zu sich nehmen?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte detaillierte schriftliche Angaben und fügen entsprechende Dokumente (z.B. ärztliche Atteste) bei. Spätere, ärztlich diagnostizierte Veränderungen sind der Kita umgehend schriftlich anzuzeigen.

3. Wurden bei Ihrem Kind Besonderheiten in der kindlichen Entwicklung (besondere Begabungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Lernschwierigkeiten) festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

4. Wer darf Ihr Kind aus der Kita abholen?

Name	Rufnummer

5. Besondere Vereinbarungen/Erwartungen

6. Wie haben Sie vom Kant-Kindergarten erfahren?
