



## Antrag zur Aufnahme eines Kindes in die Kinderkrippe

### Angaben zum Kind:

<b>Nachname:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Konfession:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Das Kind spricht:</b>
<b>Geburtsort:</b>	<b>Hausarzt:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Krankenkasse:</b>

**Geschwister:** Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Mutter:

### Angaben zum Vater:

<b>Nachname:</b>	<b>Nachname:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Adresse:</b>
<b>Staatsangehörigkeit:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Konfession:</b>	<b>Konfession:</b>
<b>Familienstand:</b>	<b>Familienstand:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Telefonnummer:</b>
<b>Telefonnummer Arbeit:</b>	<b>Telefonnummer Arbeit:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Beruf:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Berufstätig:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Berufstätig:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Das Kind kommt aus:**

- häuslicher Pflege       einer Kinderkrippe       einem Kindergarten

**Erziehungsberechtigt ist:**

- Mutter       Vater       sonstige \_\_\_\_\_

**Das Kind benötigt auf Grund einer bestehenden körperlichen/seelischen Behinderung eine besondere Förderung:**

- ja       nein

**Gewünschter Aufnahmetermin:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Gruppe:** \_\_\_\_\_

Unsere Kinderkrippe hat Montag bis Donnerstag von 7:30 Uhr bis 15:00 Uhr geöffnet und am Freitag bis 14:30 Uhr.

Folgende Betreuungszeiten werden im Rahmen der Öffnungszeiten der Kindertageseinrichtung gewünscht:

Buchungen bis 12:00 Uhr sind immer mit Mittagessen.

**Das Kind soll am Mittagessen teilnehmen – Mindestbuchung sollen drei Tage sein:**

- Montag       Dienstag       Mittwoch       Donnerstag       Freitag

	von	bis	Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

**Bitte berücksichtigen Sie bei der Wahl Ihrer Buchungszeit, dass das Bringen und Abholen in dieser Zeit enthalten sein muss!**

**Benachrichtigung im Notfall (Name und Telefonnummer):**

\_\_\_\_\_

**Gesundheitliche Besonderheiten/Allergien:**

\_\_\_\_\_

**Letzte Tetanusimpfung am:**

\_\_\_\_\_

**Beitragszahler (Name):** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die Anmeldedaten zur Vermeidung von einer Doppelbelegung mit anderen Kindertageseinrichtungen und der Gemeinde Baierbrunn abgeglichen werden.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift beider Elternteile:** \_\_\_\_\_

U-Heft und Nachweis über die Masernschutzimpfung/Immunität/Kontraindikation vorgelegt am: \_\_\_\_\_ (wird von der Kita ausgefüllt)