**Anmeldebogen**

**für die Kindertageseinrichtungen in der Gemeinde Mintraching**

**für das Kinderhaus St. Raphael, Mintraching**

**für den Kindergarten St. Michael, Moosham**

Ihre Daten werden bei Bedarf zwischen den Einrichtungen ausgetauscht.

Familienname des Kindes……………………………………Vorname………………………..

Geburtsdatum und – ort………………………………………………………………………….

Anschrift……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Telefon……………………………Staatsangeh…………….................Religion………………

Familienname und Vorname des Vaters………………………………………………………...

Geburtsdatum und – ort………………………………………………………………………….

Herkunftsland………………........Beruf/Arbeitgeber……………………………………..........

Familienstand……………………Staatsangeh……………...................Religion………………

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Familienname und Vorname der Mutter………………………………………………………...

Geburtsdatum und – ort………………………………………………………………………….

Herkunftsland………………........Beruf/Arbeitgeber……………………………...…………...

Familienstand……………………Staatsangeh……………...................Religion………………

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Sorge-/Erziehungsberechtigt………………………………………………………………….…

Geschwister

Familienname und Vorname Geburtsdatum

……………………………. ……………………………………

……………………………. ……………………………………

……………………………. ……………………………………

Mein Kind wird abgeholt von: Name und Telefon………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

Kindergartenbus nein ja Ort…………………………………..................................

Besondere gesundheitliche Bemerkungen (z.B. Allergien, Anfallsleiden, …)

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………….......

Nachweis der Impfberatung erfolgt ja nein

Datum der letzten Tetanusimpfung……………………………………………………………...

Krankenkasse……………………………………………………………………………………

U-Heft wurde vorgelegt am……………………………………………………………………..

Das Kind bedarf auf Grund einer bestehenden körperlichen/ seelischen Beeinträchtigung einer besonderen Förderung in der Kindertageseinrichtung: nein ja

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber…………………………………………………………………………………….

Geldinstitut………………………………………………………………………………………

Kontonummer………………………………….Bankleitzahl…………………………………..

IBAN: …………………………………………………………………………………………...

**Buchungszeit:**

Voraussichtliche regelmäßige tägliche Anwesenheit:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|  |  |  |  |  |

Das Kind soll am **Mittagessen** teilnehmen: ja nein

 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

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 eines 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.

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.

………………………………. ……………………………………………………………

(Ort, Datum) (Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten)