

## Anmeldebogen für die Kindertagesstätten der Stadt Ingelheim

Hiermit melde ich/melden wir mein/unser Kind im Kinderhaus Kastanienwichtel

..... an.

**Haben Sie Ihr Kind bereits in anderen Kindertagesstätten angemeldet?**

Ja       Nein

Wenn ja, in welcher/welchen Einrichtung(en)?

\_\_\_\_\_

**Haben Sie vor, Ihr Kind noch in anderen Kindertagesstätten anzumelden?**

Ja       Nein

Wenn ja, in welcher/welchen Einrichtung(en)?

\_\_\_\_\_

An dieser Stelle können Sie Ihre Prioritätenwünsche eintragen (Diese können nach weiteren Besichtigungen telefonisch oder per E-Mail ergänzt werden):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

|                                  |                   |  |
|----------------------------------|-------------------|--|
| <b>Für Ingelheimer Neubürger</b> | geplanter Zuzug:* |  |
|----------------------------------|-------------------|--|

\* Aufnahmeberechtigt sind Kinder, die mit ihrer/ihren Personensorgeberechtigten in Ingelheim mit Hauptwohnsitz gemeldet sind.

| Angaben zur gewünschten Betreuungsform: |   |   |
|---|---|---|
| Für unser Kind benötigen wir:           | <input type="checkbox"/> Teilzeitplatz ab:                        | <input type="checkbox"/> Ganztagsplatz ab:  |
|   | <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre | <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> Hort |
|   | Gewünschter Aufnahmetermin: _____                                 | Gewünschter Aufnahmetermin: _____   |

| Angaben zum Kind: |   |                                |  |
|-------------------|---|--------------------------------|--|
| Familienname:     |   | Vorname:                       |  |
| Adresse:          |   |                                |  |
| Geburtsdatum:     |   | geboren in:                    |  |
| Geschlecht        | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |                                |  |
| Konfession:       |   | Staats-<br>angehörigkeit:      |  |
| Muttersprache(n): |   | In Deutschland<br>lebend seit: |  |

| Angaben der sorgeberechtigten Person(en): |   |                                |   |
|---|---|--------------------------------|---|
| Familienname:                             |   | Geburtsname:                   |   |
| Vorname:                                  |   | Sorgerechts-<br>Inhaber:       | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Adresse:                                  |   |                                |   |
| Familienstand:                            | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |                                |   |
| Geburtsdatum:                             |   | Staats-<br>angehörigkeit:      |   |
| Geschlecht                                | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers   |                                |   |
| Muttersprache(n):                         |   | In Deutschland<br>lebend seit: |   |
| Konfession:                               |   | ☎ privat:                      |   |
| Beruf:                                    |   | ☎ Handy:                       |   |
| Arbeitszeit<br>von – bis :                |   | ☎ dienstlich:                  |   |
| Arbeitsstätte:                            |   |                                |   |
| E-Mail:                                   |   |                                |   |

| Angaben der sorgeberechtigten Person(en): |   |                                |   |
|---|---|--------------------------------|---|
| Familienname:                             |   | Geburtsname:                   |   |
| Vorname:                                  |   | Sorgerechts-<br>Inhaber:       | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Adresse:                                  |   |                                |   |
| Familienstand:                            | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |                                |   |
| Geburtsdatum:                             |   | Staats-<br>angehörigkeit:      |   |
| Geschlecht                                | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers   |                                |   |
| Muttersprache(n):                         |   | In Deutschland<br>lebend seit: |   |
| Konfession:                               |   | ☎ privat:                      |   |
| Beruf:                                    |   | ☎ Handy:                       |   |
| Arbeitszeit<br>von – bis :                |   | ☎ dienstlich:                  |   |
| Arbeitsstätte:                            |   |                                |   |
| E-Mail:                                   |   |                                |   |

| <b>Ggf.: Partner in häuslicher Gemeinschaft</b> |   |                      |   |
|---|---|----------------------|---|
| Familienname:                                   |   | Geburtsname:         |   |
| Vorname:  |   | Sorgerechts-Inhaber: | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Familienstand:                                  | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |                      |   |
| Geburtsdatum:                                   |   | Staatsangehörigkeit: |   |
| Geschlecht                                      | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers   | ☎ privat:            |   |
| Beruf:  |   | ☎ Handy:             |   |
| Arbeitszeit von – bis :                         |   | ☎ dienstlich:        |   |
| Arbeitsstätte:                                  |   |                      |   |
| E-Mail:   |   |                      |   |

| <b>Geschwister:</b> |               |                                    |
|---------------------|---------------|------------------------------------|
| Name:               | Geburtsdatum: | Zur Zeit in folgender Einrichtung: |
|                     |               |                                    |
|                     |               |                                    |
|                     |               |                                    |
|                     |               |                                    |

|  |  |
|--|--|
| Besonderheiten in der körperlichen und / oder geistigen Entwicklung z.B. Medikamente, Allergien, Epilepsie, Diabetes |  |
|  |  |

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben. Über Veränderungen der Angaben setze ich die Einrichtungsleitung unverzüglich in Kenntnis. Mir ist bekannt, dass ein Nichtbeachten dieser Informationspflicht die Kündigung des Kindertagesstättenplatzes nach sich zieht.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten zur Abgleichung von Doppelanmeldungen an das Jugendamt oder andere Tageseinrichtungen für Kinder weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten