|  |
| --- |
| **Anmeldebogen für die Kindertageseinrichtungen der Stadt Ingelheim** |

**Hiermit melde ich/melden wir mein/unser Kind in der Kindertageseinrichtung** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**an.**

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

Ja Nein

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

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

**Haben Sie vor, Ihr Kind noch in anderen Kindertageseinrichtungen 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Für Ingelheimer Neubürger\*innen** | 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: | 🞏 7 Std. am Stück | 🞏 mehr als 7 Std. am Stück | 🞏 Schulkindplatz |
| Alle Betreuungsformen enthalten eine Mittagsverpflegung.  Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum Kind:** | | | |
| Familienname: |  | Vorname: |  |
| Adresse: |  | | |
| Geburtsdatum: |  | geboren in: |  |
| Geschlecht | 🞏 weiblich 🞏 männlich 🞏 divers |  |  |
| Konfession: |  | Staats-angehörigkeit: |  |
| Muttersprache(n): |  | In Deutschland lebend seit: |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ggf.: Partner in häuslicher Gemeinschaft** | | | |
| Familienname: |  | Geburtsname: |  |
| Vorname: |  | Sorgerechts-  Inhaber: | Ja 🞏 Nein 🞏 |
| Familienstand: | 🞏 ledig 🞏 verheiratet 🞏 eingetr. Lebenspartnerschaft 🞏 getrennt lebend 🞏 geschieden 🞏 verwitwet | | |
| Geburtsdatum: |  | Staats-angehörigkeit: |  |
| Geschlecht | 🞏 weiblich 🞏 männlich 🞏 divers | 🕿 privat: |  |
| Beruf: |  | 🕿 Handy: |  |
| Arbeitszeit  von – bis : |  | 🕿 dienstlich: |  |
| Arbeitsstätte: |  | | |
| E-Mail: |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Geschwister:** | | |
| Name: | Geburtsdatum: | Zur Zeit in folgender Einrichtung: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**Voraussetzung für die Aufnahme Ihres Kindes** in unseren Kindertageseinrichtungen ist der Nachweis über die Masernschutzimpfung oder die bereits erworbene Immunität. Im Sinne des § 22 des **Impfschutzgesetzes** ist ab dem 01.03.2020 eine entsprechende Impfdokumentation verpflichtend und bei Aufnahme des Kindes der Leitung vorzulegen. Kinder ohne entsprechenden Impfschutz dürfen laut Gesetz die Kindertageseinrichtung nicht besuchen.

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 Kindertageseinrichtungsplatzes nach sich zieht.

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

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

Ort, Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten