

Anmeldebogen für die Kindertageseinrichtungen der Stadt Ingelheim

Hiermit melde ich/melden wir mein/unsere 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/ihrer Personensorgeberechtigten in Ingelheim mit Hauptwohnsitz gemeldet sind.

Angaben zur gewünschten Betreuungsform:			
Für unser Kind benötigen wir:	<input type="checkbox"/> 7 Std. am Stück	<input type="checkbox"/> mehr als 7 Std. am Stück	<input type="checkbox"/> Schulkindplatz
	Alle Betreuungsformen enthalten eine Mittagsverpflegung. Gewünschter Aufnahmetag: _____		

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

Angaben der sorgeberechtigten Person(en):			
Familienname:		Geburtsname:	
Vorname:		Sorgerechts- 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- angehörigkeit:	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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 <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- angehörigkeit:	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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 <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:			

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