

Name und Anschrift der Einrichtung

Kinderkrippe Jenny Marx

Breiteweg 87

39179 Barleben

Ansprechpartner: Frau Isabelle Maahs

Telefon: 039203-5315

Name und Anschrift des Trägers

Gemeinde Barleben Kommunale Einrichtung

Ernst-Thälmann-Str. 22

39179 Barleben

# Anmeldebogen Kinderkrippe Jenny Marx

1	<b>Anmeldung</b>		<b>Aufnahmewunsch Bitte unbedingt ausfüllen!</b>	
	Name des Kindes		Geburtstag	
	Betreuungsart	<input type="checkbox"/> II Kinder unter 3 Jahren	Konfession	
	Betreuungszeit	<input type="checkbox"/> 20 Std. <input type="checkbox"/> 30 Std. <input type="checkbox"/> 40 Std. <input type="checkbox"/> 50 Std. <input type="checkbox"/> 25 Std. <input type="checkbox"/> 35 Std. <input type="checkbox"/> 45 Std. <input type="checkbox"/> 55 Std.	Täglich von:	bis:
	Nationalität		wöchentlicher von:	Wechsel – Woche 2 bis:
	Anschrift		Familiensprache	
			Telefon	
2	<b>1. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
	<b>2. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
Anschrift		Telefon		
Konfession		Nationalität		
3	<b>Weitere Angaben</b>			
	Zahl der im Haushalt lebenden Geschwisterkinder unter 18*			
	Name und Geburtstag der Geschwisterkinder			
	besucht Barleber Kita: <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kiga.Barleben <input type="checkbox"/> Kita Ebendorf <input type="checkbox"/> Kita. Meitzendorf <input type="checkbox"/> Kita Gut Arnstedt <input type="checkbox"/> Hort			
	Wächst das Kind anderssprachig auf?		<input type="checkbox"/>	
	Stammt ein Elternteil aus einem ausl. Herkunftsland?		<input type="checkbox"/>	
	Das Kind ist krankenversichert bei <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater		Name der Krankenkasse	
4	<b>Gesundheitsvorsorgeuntersuchung</b>			
	Der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes wird spätestens bei Abschluss des Betreuungsvertrages gegenüber dem Träger der Tageseinrichtung für Kinder (gegebenenfalls der Leiterin/dem Leiter*) durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung erbracht.			
5	<b>Zahlungspflichtiger</b>		<b>IBAN des Zahlungspflichtigen</b>	
	Name		DE	_____
	Anschrift		BIC	_____
			Name Kreditinstitut	
6	<b>Jugendamt</b>			
	*Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten (Name, Geburtsdatum und Wohnort) unseres/meines Kindes _____ zu Planungszwecken / Feststellung des Bedarfs an Kindergartenplätze dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.			

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r

Erziehungsberechtigte/r

\* Diese Angaben sind freiwillig/Nichtzutreffendes bitte streichen

Hinweis zum Datenschutz:

Alle Angaben werden ausschließlich vom Träger für Tageseinrichtungen für Kinder benutzt.