

Name und Anschrift der Einrichtung
 Kindergarten Barleber Schlümpfe
 Hansenstraße 42
 39179 Barleben
 Ansprechpartner: Frau Ellen Freke
 Telefon: 039203 565 3810

Name und Anschrift des Trägers
 Gemeinde Barleben
 Ernst-Thälmann-Str. 22
 39179 Barleben

Anmeldebogen Kindergarten Barleber Schlümpfe

1	Anmeldung		Aufnahmewunsch	
	Name des Kindes		Geburtstag	
			Geburtsort	
	Betreuungsart	<input type="checkbox"/> III Kinder von 3 Jahren und älter	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.	Täglich von: _____ bis: _____ wöchentlicher Wechsel – Woche 2 von: _____ bis: _____	
	Nationalität		Familiensprache	
	Anschrift		Telefon	
2	1. Erziehungsberechtigte Person			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
	2. Erziehungsberechtigte Person			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
3	Weitere Angaben			
	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	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung			
	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	Zahlungspflichtiger		IBAN des Zahlungspflichtigen	
	Name		DE _____	
	Anschrift		BIC _____	
			Name Kreditinstitut	
6	Jugendamt			
	*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.