

Grünthalerstr. 14, 84555 Jettenbach  
 Tel. 0 86 38 / 2 09 96 23  
 Email: kindergarten.jettenbach@vg-kraiburg.de

## Anmeldeblatt

### 1. Angaben zum Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Familiensprache ist: \_\_\_\_\_

Der Besuch des Kindergartens erfolgt ab \_\_\_\_\_ entsprechend den gebuchten Zeiten  
 (siehe Buchungsvertrag).

### 2. Die Eltern / Personensorgeberechtigten sind:

Das Kind wohnt bei  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

|  | Mutter | Vater |
|--|--------|-------|
| <b>Name</b><br>(ggf. Geburtsname)  |        |       |
| <b>Vorname</b>   |        |       |
| <b>Anschrift</b><br>(falls abweichend vom Kind)  |        |       |
| <b>Geburtsland</b>   |        |       |
| <b>Staatsangehörigkeit</b>   |        |       |
| <b>Telefonnummer: Privat</b>   |        |       |
| Handy  |        |       |
| Beruf  |        |       |
| <b>Arbeitsstätte*</b>  |        |       |
| <b>E-Mail Adresse</b>  |        |       |
| <b>Familienstand*</b> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> sonstige: |        |       |

\* freiwillige Angaben

**Benachrichtigen im Notfall:**  Mutter  Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

### 3. Sonstige Angaben

#### Geschwister:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.): \_\_\_\_\_

Krankenkasse: Wo ist das Kind versichert \_\_\_\_\_ Bei wem ist es mitversichert: \_\_\_\_\_

#### Impfungen:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus                 | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Masern, Mumps, Röteln   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie              | <input type="checkbox"/> Hib                   | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken) |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B           | <input type="checkbox"/> Meningokokken           |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____         | <input type="checkbox"/> Pneumokokken          |  |

#### Besonderheiten des Kindes (Allergien, Medikamente, Organschäden,...):

---

---

### 4. Abholerklärung

Mein/Unser Kind darf von folgenden Personen aus dem Kindergarten abgeholt werden:

- Mutter  Vater

Sonstige Personen:

| Name, Vorname | Verhältnis zum Kind<br>Oma, Onkel,... | Telefonnummer |
|---------------|---------------------------------------|---------------|
|               |                                       |               |
|               |                                       |               |
|               |                                       |               |
|               |                                       |               |
|               |                                       |               |

### 5. Folgende Buchungszeiten werden benötigt

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 4 - 5 h | <input type="checkbox"/> 7.30 - 12.30 Uhr |
|                                  | <input type="checkbox"/> 8.00 - 13.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> 5 - 6 h | <input type="checkbox"/> 7.30 - 13.30 Uhr |
|                                  | <input type="checkbox"/> 8.00 - 14.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> 6 - 7 h | <input type="checkbox"/> 7.30 - 14.00 Uhr |

Wir haben alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.  
Durch die Unterschrift erkenne ich/erkennen wir die Aufnahmebedingungen, die Kindergartenordnung, sowie den Inhalt der Konzeption an.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift beider Erziehungsberechtigter