

# Aufnahmeantrag

Einrichtung:

**KINDERGARTEN  
MARIÄ HEIMSUCHUNG**

Schwabenstraße 35  
86825 Dorschhausen  
Tel 08247 / 3 21 34

**Ich/Wir beantrage/n hiermit die Aufnahme unseres Kindes in den o. g. Kindergarten ab**

**(Aufnahmedatum)** \_\_\_\_\_

## 1. Personalien des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname/n des Kindes - Rufname bitte unterstreichen

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Haus.Nr., PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefon

Name und Geburtsdatum Geschwister:

\_\_\_\_\_

Das Kind spricht

0 deutsch

0 als Muttersprache

0

0 als Muttersprache

Tetanusimpfung

0 nein

0 ja, am:

\_\_\_\_\_  
(Datum d. letzten Impfung)

Masernimpfung am \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine Kopie vom Impfpass bei.

## 2. Personalien des/der Erziehungsberechtigten

	Mutter		Vater	
Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Straße, Hsnr.				
PLZ, Ort				
Familienstand				
Erziehungsberechtigt	0 ja	0 nein	0 ja	0 nein
Konfession				
Herkunftsland				
Beruf				
Arbeitgeber				
Telefon privat				
Handy				

### 3. Abholregelung

Nachfolgende Personen sind außer den Erziehungsberechtigten befugt, mein/unser Kind vom Kindergarten abzuholen:  
(bei Minderjährigen bitte mit Altersangabe)

Vor- und Nachname	Anschrift	Telefonnummer

### 4. Einzugsermächtigung

0 Hiermit ermächtige/n ich/wir die Katholische Pfarrkirchenstiftung Mariä Heimsuchung als Träger der Kindertageseinrichtung, die von mir zu entrichtenden Kindergartenbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf mittels SEPA - Lastschriftverfahren einzuziehen.

IBAN Konto-Nr.	
BLZ	
Kreditinstitut	
Kontoinhaber	

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Kinderarztes

\_\_\_\_\_  
Telefon des Kinderarztes

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse, bei der das Kind versichert ist

\_\_\_\_\_  
Benachrichtigung im Notfall, wenn die Eltern nicht erreichbar sind (Name, Anschrift, Telefon)

Besonderer Betreuungsbedarf des Kindes (z.B. Behinderung, chron. Krankheit, Diabetes, Allergie o.ä.):

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

Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht:    0 ja    0 nein

Die Aufnahme des Kindes soll nach folgenden **Buchungszeiten** erfolgen:

0	4 Stunden	von	8.30	-	12.30	Uhr	Montag - Freitag
0	4 - 5 Stunden	von	_____	-	_____	Uhr	Montag - Freitag
0	5 - 6 Stunden	von	_____	-	_____	Uhr	Montag - Freitag

Sonstige Anmerkungen:

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