

An die
Kindertagesstättenleitung Edith-Stein-Weg
kita-badfallingbostel@t-online.de
oder
Stadt Bad Fallingbostel, Die Bürgermeisterin
Vogteistr. 1, 29683 Bad Fallingbostel

Eingangsdatum: _____

Anmeldung für die städtische Kindertagesstätte in Bad Fallingbostel „Edith-Stein-Weg“

1. **Name, Vorname des Kindes:** _____ **zum:** _____
Anschrift: _____
Geburtsdatum des Kindes: _____._____._____ **Geschlecht:** männlich () / weiblich ()
Staatsangehörigkeit/en: _____
vorrangig in der Familie gesprochene Sprache: _____

2. **Name, Vornamen der Sorgeberechtigten mit Aufenthaltsbestimmungsrecht:**

Staatsangehörigkeit: _____

Staatsangehörigkeit: _____
Familienstand: () ledig () verheiratet () geschieden () getrennt lebend () verwitwet
Bestehende Berufstätigkeit – Art und Arbeitszeit / Arbeitsumfang:
Vater: _____
Mutter: _____

3. **Telefonnummer:** (_____) _____
für den Notfall : (_____) _____
(Arbeitsplatz)

4. **Weitere Sorgeberechtigte für das Kind und/oder Lebenspartner im gleichen Haushalt:**
Name : _____
Anschrift : _____

5. **Geschwisterkinder:** Vorname: _____, geb. _____ besucht Kita ()
Vorname: _____, geb. _____ besucht Kita ()
Vorname: _____, geb. _____ besucht Kita ()
Vorname: _____, geb. _____ besucht Kita ()

6. **Inanspruchnahme:**
- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frühdienst I | (07.00 – 08.00 Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Frühdienst II | (07.30 – 08.00 Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Vormittagsbetreuung | (08.00 – 12.00 Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Mittagsdienst | (12.00 – 12.30 Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an der Mittagsverpflegung | (12.00 – 13.00Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Integrative Gruppe | (07.30 – 12.30 Uhr) |
| <input type="checkbox"/> Nachmittagsbetreuung | (13.00 – 17.00 Uhr) |
| mind. 2 bestimmte Tage pro Woche | (Mo) (Di) (Mi) (Do) (Fr) |
| <input type="checkbox"/> Ganztagsbetreuung | (08.00 – 17.00 Uhr) |

Besteht ein von den Öffnungszeiten abweichender Betreuungsbedarf? _____

7. **Krankenversicherung:** _____
 pflichtversichert privat versichert freiwillig versichert

8. **Hatte das Kind in der frühkindlichen Entwicklung besondere Auffälligkeiten (Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, Allergien, Behinderungen etc.)?**
-
-

9. Ich/wir bin/sind hiermit darauf hingewiesen worden, dass von meinem/unserem Kind Foto- und Filmaufnahmen im Rahmen der Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit der Kindertagesstätte gezeigt werden.

10. Ich/Wir wurde(n) insbesondere darauf hingewiesen, dass ein Umzug, eine Änderung der Adresse, Telefonnummer oder des Familienstandes umgehend mitzuteilen ist.

11. Die zur Zeit gültige Kindertagesstättensatzung der Stadt Bad Fallingbostal erkenne(n) ich (wir) hiermit an. Ich (Wir) bin (sind) ausdrücklich auf die bestehenden Kündigungsfristen (**Vorlage der schriftlichen Kündigung am 01. des Monats zum Ende des Monats**) eines Kindertagesstättenplatzes bzw. der Zusatzdienste und die sich eventuell aus einer verspäteten Kündigung ergebenden Folgen hingewiesen worden.

Bad Fallingbostal, den _____

(Unterschriften beider Elternteile bzw. Sorgeberechtigten)