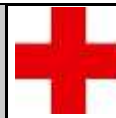


**Einrichtung:**

DRK Kita Holzwurm

# An- und Ummeldung



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

Für mein / unser Kind:

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

Soll ab dem \_\_\_\_\_ folgende Betreuungszeit in Anspruch genommen werden:

Ganztagsgruppe:

- 7.30 - 8.00 Uhr (Frühdienst)
- 8.00 - 12.00 Uhr (ohne Mittagessen)
- 8.00 - 14.00 Uhr (mit Mittagessen)
- 8.00 - 15.00 Uhr (mit Mittagessen)
- 8.00 - 16.00 Uhr (mit Mittagessen)
- 8.00 - 17.00 Uhr (mit Mittagessen)

Bei nachgewiesenem Bedarf erstreckt sich die Beitragsfreiheit auf bis zu 8 Stunden täglich.

Für eine Betreuung über 8 Stunden wird ein Kostenbeitrag laut Entgeltregelung erhoben, den Sie bei der Leitung der Kindertagesstätte erfragen können.

Integrationsgruppe:

- 7.30-12.30 Uhr (ohne Mittagessen)

Altersübergreifende Nachmittagsgruppe:

- 13.00 – 17.00 Uhr

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personenberechtigten

## Anmeldebogen der Kindertageseinrichtungen im DRK Kreisverband Diepholz

### 1. Angaben zum Kind

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

Geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Hausarzt des Kindes: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift d. Hausarztes: \_\_\_\_\_

Aufnahme in der Einrichtung am: \_\_\_\_\_

Überstandene Krankheiten des Kindes: \_\_\_\_\_

Allergien oder chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind geimpft?  Ja  Nein

Vorlage Impfausweis

Vorlage Bescheinigung § 34 Abs.10a IfSG

Wird/ wurde ihr Kind therapeutisch begleitet?  Nein

Ja

Ergotherapie

Seit: \_\_\_\_\_

Sprachtherapie

Frühförderung

Physiotherapie/KG

Ernährungsbesonderheiten:  vegetarisch

kein Schweinefleisch

sonstiges: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zu Geschwistern

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt:  Ja

Beruf: \_\_\_\_\_ z.Zt. berufstätig:  Nein

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  Ja  
 Vollzeit  
 Teilzeit

Bemerkungen zu den Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse der Mutter: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt:  Ja

Beruf: \_\_\_\_\_ z.Zt. berufstätig:  Nein

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  Ja  
 Vollzeit  
 Teilzeit

Bemerkungen zu den Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Vaters: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt mit beiden Eltern zusammen  Das Kind lebt bei \_\_\_\_\_

4. In Notfällen telefonisch zu erreichen:

**Mutter:**

Privat: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**Vater:**

Privat: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Das Kindergartenjahr dauert vom 1. August bis zum 31. Juli. Der Kindergartenbeitrag wird entsprechend für diesen Zeitraum monatlich pauschal erhoben.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten