

## 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

**Betreuungszeiten für das Kind \_\_\_\_\_ :**

**1. „Hamsterguppe“ ( Regelgruppe ):**

**Kernzeit ( Zutreffendes bitte ankreuzen! )**

7.30 Uhr bis 12.30 Uhr

**Sonderöffnungszeiten ( Zutreffendes bitte ankreuzen! )**

7.00 Uhr bis 7.30 Uhr

12.30 Uhr bis 13.30 Uhr

13.30 Uhr bis 14.30 Uhr

---

**2. „Spatzengruppe“ ( Integrationsgruppe ):**

**Kernzeit ( Zutreffendes bitte ankreuzen! )**

7.30 Uhr bis 12.30 Uhr

**Sonderöffnungszeiten ( Zutreffendes bitte ankreuzen! )**

7.00 Uhr bis 7.30 Uhr

12.30 Uhr bis 13.30 Uhr

13.30 Uhr bis 14.30 Uhr

Eine Inanspruchnahme des Spätdienstes beinhaltet die Teilnahme am Mittagessen. Für das Mittagessen ist eine monatliche Pauschale von 68,-€ zu entrichten, falls Ihr Kind fünf Tage in der Woche am Mittagessen teilnimmt. Diese Pauschale verringert sich entsprechend, falls Ihr Kind an weniger Tagen am Mittagessen teilnimmt.

Wir benötigen ein Mittagessen an

1 Tag

2 Tagen

3 Tagen

4 Tagen

5 Tagen

Die Betreuung Ihres Kindes ist beitragsfrei, es sei denn, die tägliche Betreuungszeit überschreitet 8 Stunden. Die Zeit darüber hinaus ist beitragspflichtig; den genauen Betrag können Sie bei Bedarf bei der Kitaleitung erfragen.

---

**Ort, Datum, Unterschriften der Erziehungsberechtigten**