

Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_



**Anmeldung in der Kneipp®-Kindertagesstätte Kleinweiler**  
**Kita-Jahr 2021/2022**

**Angaben zum Kind**

Vor- und Nachname des Kindes \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtstag und -ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Welche Sprachen spricht das Kind? \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Haus- oder Kinderarzt - Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Nachweis zum Masernschutz:  Ja  Nein

**(→ohne Masernschutz keine Aufnahme des Kindes möglich!)**

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hat das Kind vorher eine andere Einrichtung besucht?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Einschulung \_\_\_\_\_

<b>Angaben zu den Eltern:</b>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Konfession		
Beruf		
Telefonnummer beruflich		
Handynummer		
E-Mail		

### Angaben zu den Geschwistern

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



### Berufung auf Dringlichkeitsgründe

\_\_\_\_\_

Gemäß der jeweils gültigen Satzung. (liegt zur Ansicht aus)

Erfahrungsgemäß ist es pädagogisch sinnvoll Geschwisterkinder zu trennen. Sie haben die Möglichkeit, sich jederzeit zu besuchen. Außerdem werden viele Aktionen gemeinsam mit allen Gruppen stattfinden. Im Garten sieht man sich dann auch wieder. Nur so können sich alle Kinder frei entfalten und Ihren Bedürfnissen nach gehen und nicht die von dessen Geschwisterchen.

**Geben Sie bitte zwei Wunschkinder an, mit denen Ihr Kind in die Gruppe soll:**

\_\_\_\_\_

### Sonstige Wünsche und Anregungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Hiermit möchten wir unser Kind auch für die Kneipp®-Kita-Weitnau anmelden:**

- Ja
- Nein

**Wer holt Ihr Kind außer Ihnen noch ab?**

Name	Telefon

**Was müssen wir für die Gesundheit Ihres Kindes beachten?**

(Allergien, Unverträglichkeiten, Logopädie, Ergotherapie, chronische Krankheiten....)

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

**Wir sind nicht berechtigt und befähigt Ihrem Kind Medikamente zu verabreichen!**

O Kind ist behindert bzw. von Behinderung bedroht.

Bescheinigung gültig bis \_\_\_\_\_ .

**Sonstige Bemerkungen:** z.B. Sorge-/Besuchsrecht, wenn nicht beide Elternteile sorgeberechtigt.

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