

# BETREUUNGSVEREINBARUNG

START IM KINDERGARTEN: \_\_\_\_\_



E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Vor- und Zuname des Kindes:

Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/Hausnummer:	Ort:
Religion:	Staatsbürgerschaft:
Muttersprache des Kindes:	Sozialversicherungsnummer:

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_

Im Notfall zu verständigen (Name +Nummer):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anzahl der Geschwister (Geburtsjahr): \_\_\_\_\_

Behindert lt. Behindertengesetz:  ja  nein

Bustransport Früh:  ja  nein

Bustransport Mittag:  ja  nein

## Mutter

## Vor- und Zuname:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Vater

Geburtsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

- Vollzeit
- Teilzeit
- Arbeitssuchend
- Karenz bis: .....

- Vollzeit
- Teilzeit
- Arbeitssuchend
- Karenz bis: .....

Tel. privat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alleinerzieher:

ja

ja

Ich nehme für mein Kind folgende Betriebsform in Anspruch:

- Halbtags (07.00- 13.00 Uhr)
- Ganztags (07.00- 15.00 Uhr)
- Ganztags (07.00- 16.00 Uhr)

Festgelegte Betreuungszeiten von \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Uhr

Bei Besuch des Ganztageskindergartens ist darauf zu achten, dass die Aufenthaltsdauer Ihres Kindes das gesetzliche Höchstmaß von täglich 8 Stunden (in begründeten Ausnahmefällen 9 Stunden) in der Einrichtung nicht überschreiten darf.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## Zusatzinformationen zur Anmeldung im Kindergarten

Von wem wird Ihr Kind in den Kindergarten gebracht/ bzw. abgeholt:

Name:

Telefonnummer:

---

---

---

---

---

---

Wer darf das Kind NICHT abholen: \_\_\_\_\_

Wünsche an den Kindergarten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Geburtsverlauf:

- normal
- Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt...)

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? (z. B Fieberkrämpfe, ...)

Besonderheiten (z.B. Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten)

Welche Medikamente bekommt Ihr Kind:

regelmäßig: \_\_\_\_\_ Oim Akutfall: \_\_\_\_\_

Haben Sie bei Ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:

	Ja	Nein	Ich bin mir nicht sicher
In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Konzentration?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde ein Sehtest gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ergebnis: _____
Wurde ein Hörtest gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ergebnis: _____
Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Datum der Anmeldung/ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: