

## Aufnahmeantrag

Ich / Wir beantrage/n die Aufnahme meines / unseres Kindes in die Kindertagesstätte Heiligenloh, in Twistringen - Heiligenloh.

→**Vor- und Nachname des Kindes:** \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. : \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Vorausgegangene Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Derzeitige Auffälligkeiten (z.B. Krämpfe, Allergien, Sprach- und Hörfehler): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits therapeutisch betreut (Sprachtherapie, Krankengymnastik, Frühförderung, etc.)? \_\_\_\_\_

### → **Betreuung**

Aufnahme ab dem 2. Lebensjahr

Aufnahme ab dem 3. Lebensjahr

gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

### **Betreuungszeiten:**

Altersübergreifende Gruppe von 08:00 – 12:30 Uhr

Integrationsgruppe von 07:30 – 12:30 Uhr

### **Wir möchten folgende Sonderdienste in Anspruch nehmen:**

**(Sonderdienste können nur nach Vorlage der Arbeitsnachweise der Erziehungsbe-  
rechtigten gewährt werden.)**

Frühdienst (altersübergreifende Gruppe) von 07:30 – 08:00 Uhr

Mittagsbetreuung von 12:30 – 14:00 Uhr  
(ggf. Wochentage angeben: \_\_\_\_\_)

Mittagsbetreuung von 12:30 – 15:00 Uhr  
(ggf. Wochentage angeben: \_\_\_\_\_)

→**Vor- und Nachname des Vaters\***: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. : \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

zurzeit berufstätig:  Ja  Nein Wenn Ja, mit wie vielen Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt:  Ja  Nein

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ tagsüber zu erreichen unter Tel.Nr. : \_\_\_\_\_

→**Vor- und Nachname der Mutter\***: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. : \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

zurzeit berufstätig:  Ja  Nein Wenn Ja, mit wie vielen Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt:  Ja  Nein

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ tagsüber zu erreichen unter Tel.Nr. : \_\_\_\_\_

Email der Familie: \_\_\_\_\_

Wer ist im Notfall, außer den Sorgeberechtigten, zu erreichen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geschwisterkinder im gleichen Haushalt - Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

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

**Datenschutz:**

Die Verarbeitung der Daten von Eltern und Kindern richtet sich nach den Bestimmungen über den rechtlichen Datenschutz in der jeweils gültigen Verfassung. Wir sind damit einverstanden, dass die im Rahmen des abgeschlossenen Betreuungsvertrages gespeicherten Daten nur unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange und Vorschriften weitergegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten

\* des/der Sorgeberechtigten