

Anmeldebogen Kindergarten

Aufnahme am: _____

Die grau markierte Fläche wird von der Kindergartenträgerin ausgefüllt!

Kindergarten
Gruppe

Beitrag

€

5. .

1. Angaben über das Kind

Name: _____ Vorname: _____
 Geboren am: _____ in: _____
 Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Krankenkasse: _____
 Wohnort und Straße: _____
 Telefon: _____
 Name des Hausarztes: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____

3. Geschwister

Anzahl der zur Familie gehörenden Kinder unter 18 Jahren
 Anzahl der Kinder: _____ (ohne das Kind, das angemeldet wird)
 Vorname: _____, geboren am: _____
 Vorname: _____, geboren am: _____
 Vorname: _____, geboren am: _____

Besucht eines oder mehrere Kinder bereits einen Kindergarten: ja / nein

(Name des Kindes)_____
(Kindergarten)

Die Benutzungssatzung wird zur Kenntnis genommen und anerkannt.

Wir versichern, dass in der Wohngemeinschaft des Kindes in den letzten 6 Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht, übertragbare Krankheit von Darm und Haut) nicht vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt. Wir verpflichten uns, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt wird die Einrichtung unbeschadet sonstiger Meldepflicht sofort benachrichtigt.

Mit der Speicherung der angegebenen persönlichen Daten bei der Gemeinde Bondorf für die Dauer der Anmeldung meines Kindes sind wir einverstanden.

2. Angaben über die Sorgeberechtigten

Name der Mutter: _____
 Beruf: _____ Konfession: _____
 Arbeitsstätte und Telefon: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Wohnort und Straße: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Name des Vaters: _____
 Beruf: _____ Konfession: _____
 Arbeitsstätte und Telefon: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Wohnort und Straße: _____
 E-Mail-Adresse: _____

4. Überstandene Krankheiten (zutreffendes ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Masern | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> | Scharlach | <input type="checkbox"/> | Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> | übertrag. Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> | Mumps |
| <input type="checkbox"/> | Röteln | <input type="checkbox"/> | Windpocken |

Allergien: _____

Sonstige Krankheiten: _____

Tetanus Impfungen: __________
(Ort, Datum)_____
(Unterschrift Sorgeberechtigter)_____
(Ort, Datum)_____
(Unterschrift Sorgeberechtigter)