Haus für Kinder St. Andreas

Danziger Straße 9

85386 Eching

Tel. 089 / 3192289

Kita-Verbund FEHN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Igelgruppe  | Käferlgruppe  | Mäusegruppe  | Schneckengruppe  |

Träger: Katholische Kirchenstiftung Sankt Franziskus - Neufahrn

**Antrag für einen Kindergartenplatz
im Haus für Kinder St. Andreas**

 Aufnahme zum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewünschter Gesprächstermin: Mo. 21.02.22 vormittags nachmittags
 Di. 22.02.22 vormittags nachmittags

Angaben zum Kind:

|  |  |
| --- | --- |
| Name |   Vorname(n)  |
| Straße und Nr. |  |
| PLZ / Wohnort |  |
| Telefon |  |
| Geburtsdatum |   Geburtsort   |
| Geburtsland |  |
| Geschlecht |  w m  Konfession |
| Staatsang. |  |
| 2te Staatsangehörigkeit |  |
| Muttersprache des Kindes bzw. Familiensprache |  |
| Welche Sprachen spricht das Kind?   deutsch   |
| Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht  ja  nein Wenn ja, welche? |
| Vornamen und Geburtsdatum der Geschwister: |  |
| 1. | geb. am | 3. | geb. am |
| 2. | geb. am | 4. | geb. am |

Besuchen Geschwisterkinder eine andere Einrichtung in Eching?

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

|  |
| --- |
| Hausarzt des Kindes, der im Bedarfsfall konsultiert werden kann - im Notfall auch jeder andere Arzt |
| Name |  Telefon |
| Ort |  |
| Name der Krankenkasse Krankenversicherung |  |
| Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit oder Konstitution des Kindes (z.B. Allergien, chronische Krankheiten, etc.) |
|  |
| Impfstatus Tetanus  | Letzte Impfung  |
| Impfstatus Masern | Datum beide Impfungen:  |
|  | Hinweis auf fehlende  |  |  |
| Impfungen gegeben |  |
|  | Impfheftvorgelegt |  | Nach Vorlage - wird vom Leitungsteam bestätigt |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_U- Heft vorgezeigt |
|  | Kind ist behindert bzw. von Behinderung bedroht Bescheinigung gültig bis |
| Sonstige Bemerkungen: z.B. Sorge- / Besuchsrecht, wenn nicht beide Elternteile sorgeberechtigt sind |

Angabe zu den Eltern (Personensorgeberechtigte):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Personensorgeberechtigte Mutter | PersonensorgeberechtigterVater |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Familienstand |  |  |
| Straße und Nr. |  |  |
| PLZ / Wohnort |  |  |
| Telefon privat |  |  |
| Telefon dienstlich |  |  |
| Mobilfunknummer |  |  |
| E Mail  |  |  |
| Beruf \*) |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Geburtsdatum \*) |  |  |
| Geburtsland |  |  |

Buchung der Eltern / Personensorgeberechtigten:

Frühdienst

(6.55

 Uhr – 8.00Uhr

Von - bis (

Uhrzeiten)

Buchungsstunden

Wird von der Leitung

ausgefüllt!

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Mittagessen: Ja Nein 

Bankverbindung:

|  |  |
| --- | --- |
| Bank: | IBAN: |
| Kontoinhaber: |  |  |

Wichtig: Bitte leserlich ausfüllen, danke.

Neben den oben genannten Personensorgeberechtigten sind zur Abholung des Kindes berechtigt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Abholberechtigte 1 | Abholberechtigte 2 |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Straße und Nr. |  |  |
| PLZ / Wohnort |  |  |
| Telefon tagsüber |  |  |
| Mobilfunknummer |  |  |

Großeltern oder Verwandte mit gleicher Adresse, in ein Kästchen.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich bestätige die eingetragene Buchung und werde Änderungen unverzüglich mitteilen.

..................................................................... ……………………………………………….

Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten Ort, Datum

 Weiterer Wunschkindergarten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bitte angeben! Danke!