

Vormerkung Kinderhaus

Gewünschter Standort: Mühlstraße 55 Wellenburgerstraße 16 Beide Standorte

Personalien des Kindes

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Geschlecht: _____ Sprachkenntnisse: _____

Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____
(Name, Telefon) (Name, Ort)

Masernschutz vorhanden: ja nein, Impftermin am _____

Gewünschte Buchungszeit (Aufnahme findet zum September statt)

(Öffnungszeiten: Mo. – Do. 7:15 – 17:00 Uhr | Fr. 7:15 – 16:00 Uhr | Kernzeit Kindergarten: 8:30-12:30 Uhr)

| | Krippe | Kindergarten | Hort | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Schulzeit | Ferienzeit |
| Tgl. 3 bis unter 4 Std. | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tgl. 4 bis unter 5 Std. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tgl. 5 bis unter 6 Std. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tgl. 6 bis unter 7 Std. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tgl. 7 bis unter 8 Std. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Tgl. 8 bis unter 9 Std. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Tgl. 9 bis unter 10 Std. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Die Kosten richten sich nach der Buchungszeit zzgl. Materialgeld und Verpflegungspauschale. Die aktuell gültigen Beträge entnehmen Sie bitte unserer Homepage. Der Beitrag wird jeden Monat, 12mal pro Jahr, berechnet. Das Mittagessen ist obligatorisch, Urlaubs- und Krankheitszeiten können nicht berücksichtigt werden.

Erläuterung zur Ferienbuchung (nur für Hortkinder):

Es wird ein Durchschnittswert aus den Buchungszeiten ermittelt (11 Monate Schulzeit, 1 Monat Ferienzeit). Über das Jahr hinweg wird dann ein gleichbleibender Beitragsatz eingezogen.

Anspruch auf Eingliederungshilfe wegen Behinderung oder drohender Behinderung nach § 53 SGB XII

Das Kind bedarf auf Grund einer bestehenden körperlichen / seelischen / geistigen Beeinträchtigung oder Auffälligkeit im Verhalten einer besonderen Förderung in der Kindertageseinrichtung:

nein ja Art der Beeinträchtigung: _____

Der Eingliederungsbescheid liegt vor liegt noch nicht vor, wird/ist beantragt

Die Diagnostik hat stattgefunden: nein ja, am _____ bei _____

Therapien im HFZ / Besonderheiten / wichtige Informationen:

(z. B. chronische Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, regelmäßige Medikamentengabe u. ä.)

Personalien der Personensorgeberechtigten

1. Sorgeberechtigter (Mutter)

2. Sorgeberechtigter (Vater)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Herkunftsland: _____

Adresse _____

(falls abweichend)

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Geschwister: _____

(Name, Geburtsdatum)

Geschwisterkind bereits im Hessing Kinderhaus? nein ja, Gruppe _____

Das Kind wird aktuell betreut von:

Das Kind ist bereits bzw. wird noch in folgenden Kindertageseinrichtungen vorgemerkt:

Die Wunscheinrichtungen der Sorgeberechtigten sind:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Sonstige Informationen, die Sie uns mitteilen möchten:

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten im Rahmen des Abgleichs an den Familienstützpunkt Süd weitergegeben werden. Am Abgleich nehmen die Kita-Leitungen des Sozialraums Göggingen teil. Folgende Daten werden weitergegeben: Vor- und Familienname, Geburtsdatum und Adresse.

Ausführliche Informationen zur Datenschutzgrundverordnung sind auf unserer Homepage als PDF-Download verfügbar.

Datum / Unterschrift