

Kindergarten "Sternschnuppe" Schwabering
 Osterfinger Straße 14
 83139 Söchtenau-Schwabering

Tel. 08053/3738 - Fax: 08053/799675

Anmeldung	
zum	
Betreuungsvertrag	

Hiernit melde ich mein Kind (Name, Vorname - Rufname bitte unterstreichen):		
Geburtsdatum, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		Tel.

zu den Bedingungen **der jeweils geltenden** Kindergartensatzung bzw. Kindergartengebührensatzung der Gemeinde Söchtenau im Kindergarten **"Sternschnuppe"** Schwabering für folgende Betreuungszeit an:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Summe Std.
von	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	
bis	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	
Dauer	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.
Mittagessen	<input type="checkbox"/> ja	Ø täglich:				
	<input type="checkbox"/> nein					

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen dieser Tabelle das beigefügte Informationsblatt zu den Öffnungs- und Buchungszeiten sowie den jeweiligen Betreuungskosten!

Erziehungsberechtigte/r:	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum:	Konfession:	Konfession:
Telefonisch tagsüber erreichbar (auch im Notfall) unter:		
Berufstätig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: bis:
Ausgeübte Tätigkeit/Beruf:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet seit:
Anschrift der Eltern (falls abweichend vom Kind):		
Geschwister?	Anzahl:	Geburtsjahr/e:

Geburtsland der Eltern		Ja	Nein
Vater:		Deutscher Sprachraum?	
Mutter:		Deutscher Sprachraum?	
oben genanntes Kind <input type="checkbox"/> spricht Deutsch <input type="checkbox"/> spricht nicht oder wenig Deutsch			

Dem SEPA-Lastschrifteinzug der Kindergartengebühren	<input type="checkbox"/> stimme ich zu <input type="checkbox"/> stimme ich nicht zu.
Bankverbindung	Kreditinstitut:
IBAN	
BIC	
Kontoinhaber:	

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

Kind (Name, Vorname)

Weitere Angaben zum angemeldeten Kind:

Hausarzt (Name u. Anschrift):					
Krankenkasse (des Kindes):					
Überstandene Krankheiten des Kindes:					
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/>	
Hinweise zu Allergien, Unverträglichkeiten, Anfallsleiden, usw.:					
Impfungen:		Sonstige:			
<input type="checkbox"/> Wundstarrkrampf (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Früherkennungsuntersuchung:					
Nachweis über altersentsprechende Früherkennungsuntersuchung wurde erbracht:				Ja	Nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über altersentsprechende Früherkennungsuntersuchung wird verweigert:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(Auf die Verpflichtung und Notwendigkeit zur Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung wurde hingewiesen!)</small>					

Erhält Ihr Kind Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? (körperliche und geistige Beeinträchtigung)	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Sonstige Bemerkungen:

Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:	
Name:	Telefonnr:

Es wird anerkannt, dass die **Aufsichtspflicht** des Kindergartens erst bei persönlicher Übergabe des Kindes an das Kindergartenpersonal per Handschlag beginnt und endet.

Die Konzeption des Kindergarten Sternschnuppe (zu finden unter: www.kindergarten-soechtenau.de) ist Bestandteil des Bildungs- und Betreuungsvertrages und wird mit der Unterschrift der Personenberechtigten anerkannt.

Ort, Datum

(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)