



**Integrative
Kindertagesstätte Sternschnuppe**

Krippe, Kindergarten
Schulstraße 10, 55457 Gensingen, Telefon: 06727 5205
E-Mail: info@kita-sternschnuppe.info

Hort
Alzeyer Str. 21 E, 55457 Gensingen, Telefon: 06727 8949904
E-Mail: hort@kita-sternschnuppe.info

www.kita-sternschnuppe.info

Träger: Ortsgemeinde Gensingen, Binger Straße 15, 55457 Gensingen

Aufnahmeantrag Kindertagesstätte (Integrativplatz)

Gewünschter Aufnahmetermin:

Kind	
Familienname:	Vorname:
Adresse:	
geb. am:	geb in:
Geschwister mit Alter:	
Konfession*:	1. Staatsangehörigkeit:
	2. Staatsangehörigkeit:

Mutter	
Familienname:	Geburtsname:
Vorname:	Sorgerechtsinhaber: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Adresse:	E-Mailadresse*:
geb.am:	1. Staatsangehörigkeit:
Konfession*:	2. Staatsangehörigkeit:
Beruf*: (ggf. Wiedereinstieg)	
Arbeitgeber:	
Arbeitszeit von - bis*:	Telefon dienstlich:
Telefon privat:	Telefon mobil:

Vater	
Familienname:	Geburtsname:
Vorname:	Sorgerechtsinhaber: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Adresse:	
geb. am:	1. Staatsangehörigkeit:
Konfession:	2. Staatsangehörigkeit:
Beruf*:	
Arbeitgeber:	

Arbeitszeit von - bis*:		Telefon dienstlich:	
Telefon privat:		Telefon mobil:	

ggf. Partner in häuslicher Gemeinschaft			
Familienname:		Geburtsname:	
Vorname:		Sorgerechtsinhaber:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Adresse:			
geb. am:		1. Staatsangehörigkeit:	
Konfession*:		2. Staatsangehörigkeit:	
Beruf*:			
Arbeitgeber:			
Arbeitszeit von - bis*:		Telefon dienstlich:	
Telefon privat:		Telefon mobil:	

* Freiwillige Angaben

Um welche Beeinträchtigung handelt es sich bei Ihrem Kind:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> seelische Behinderung | <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | | |

Kurzbeschreibung der Diagnose:

Leidet Ihr Kind unter Epilepsie oder anderen Krampfanfällen?

- Ja nein

Benötigen Sie einen Fahrdienst?

- Ja nein

Haben Sie sich auch in einem anderen Kindergarten angemeldet?

- Ja _____
- Nein _____

Besucht Ihr Kind derzeit eine andere Einrichtung?

- Ja _____
- Nein _____

Ich/wir bestätige/n, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben. Über Veränderungen der Angaben setze ich die Einrichtung unverzüglich in Kenntnis: Mir ist bekannt, dass ein Nichtbeachten dieser Informationspflicht die Kündigung des Kitaplatzes nach sich ziehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten