

-Einzureichen über die Kindertagesstätte-

Dieses Feld wird von der jeweiligen Kindertagesstätte ausgefüllt:

Eingegangen am: _____

KiTa-Leiter/in: _____

**Anmeldung bzw. Ummeldung für die Kinderbetreuung
in der Gemeinde Wennigsen (Deister)**

-Diese Anmeldung gilt nur für kommunale Anmeldung-

Die Kindertagesstätten stehen vorrangig Kindern zur Verfügung, deren Eltern ihren Hauptwohnsitz im Gebiet der Gemeinde Wennigsen (Deister) haben. Für Eltern, die weder einer Erwerbstätigkeit nachgehen noch in einer Berufsausbildung sind, besteht im Kindergarten und in der Krippe lediglich ein Anspruch auf eine Halbtagsbetreuung. Soweit die zur Verfügung stehenden Plätze in den Kindertagesstätten nicht ausreichen, um alle Anmeldungen zu berücksichtigen bzw. nicht allen Betreuungswünschen nachgekommen werden kann, werden die Kinder nach einem System aufgenommen.

Anmeldung für:

Name, Vorname/n des/der Kindes/er:			
Geburtsdatum:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Konfession:			
Bisherige Kindertagesstätte / Tagespflegeperson:			
Migrationshintergrund: (Wenn mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde und/oder im Haushalt die Muttersprache nicht deutsch ist.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachkenntnisse: <input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelm. <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> Muttersprache	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelm. <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> Muttersprache	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelm. <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> Muttersprache

Angaben zur Einrichtung und Betreuungsart:

(bitte entsprechend kennzeichnen)

Kindergarten Vogelnest	<input type="checkbox"/> Krippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Schulkindbetreuung
Betreuungszeit:	<input type="checkbox"/> bis 14 Uhr <input type="checkbox"/> bis 16.30 Uhr	<input type="checkbox"/> bis 14 Uhr <input type="checkbox"/> bis 16.30 Uhr	<input type="checkbox"/> bis 14 Uhr <input type="checkbox"/> bis 15 Uhr
Kindergarten Nimmerland	<input type="checkbox"/> Kindergarten		
Betreuungszeit:	<input type="checkbox"/> bis 13 Uhr <input type="checkbox"/> bis 15 Uhr		
Kinderhort Wennigsen	<input type="checkbox"/>		
Kinderhort Bredenbeck	<input type="checkbox"/>	Außenstelle Holtensen	<input type="checkbox"/>

Das/Die Kind/er ist/sind in weiteren Einrichtungen angemeldet:

 Bezeichnung d. Kindertagesstätte

 Bezeichnung d. Kindertagesstätte

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Gewünschte Betreuungszeit: von _____ bis _____ Uhr

mit Mittagessen: ja

Angaben zu den Eltern / Personensorgeberechtigte:

- Beide Elternteile sind erziehungsberechtigt
- Vater /Mutter ist allein erziehend (bitte entsprechend kennzeichnen)

Name, Vorname (Mutter / Lebensgefährtin)

Konfession: _____

Anschrift: _____

Telefon - privat -

Telefon - dienstlich - / Mobil

E-Mail: _____

Name, Vorname (Vater / Lebensfährte)

Konfession: _____

Anschrift: _____

Telefon - privat -

Telefon - dienstlich - / Mobil

E-Mail: _____

Sind Sie im lfd. Kindergartenjahr mit Hauptwohnsitz zugezogen? ja nein

Erwerbstätigkeit (einschl. öffentl.-rechtl. Amts- oder Dienstverhältnisses); Arbeitgeber und Anschrift der Arbeitsstätte, bei Ausbildung (einschl. Fortbildung) Bildungsträger und Anschrift der Bildungsstätte:

Wochenarbeitszeit in Stunden: _____

Wochenarbeitszeit in Stunden: _____

Ende der Elternzeit: _____

Ende der Elternzeit: _____

Bei einer Betreuung von über 20 Stunden/Woche sind Arbeitszeitbestätigungen bzw. entsprechende Nachweise dieser Anmeldung beizufügen. Erst mit Vorlage der Nachweise ist Ihre Anmeldung vollständig!

Angaben zu den Geschwistern:

Name, Vorname des/der Geschwisterkindes/er:			
Geburtsdatum:			
Kindertagesstätte / Kindertagespflegeperson:			
Betreuungsbeginn:			

Ich habe mich/Wir haben uns über die Regelungen der Satzung über die Erhebung von Gebühren für die Benutzung von Kindertagesstätten der Gemeinde Wennigsen (Deister) i. d. z. Zt. geltenden Fassung informiert und habe/n es zur Kenntnis genommen.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Veränderungen mit Bezug zur oben genannten An-/Ummeldung sind unverzüglich der vorgenannten Kindertagesstätte mitzuteilen. Unrichtigkeiten können zum Verlust des Platzes führen.

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass meine/unsere Angaben zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Anmeldung richtig und vollständig sind.

Der Antrag ist von allen Personensorgeberechtigten zu unterschreiben.

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Kindertagesstätte / Schule / Tagespflegeperson von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über mein/ unser Kind an die Kindertagesstätte weiterleiten wird.

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Anlage 1 zur Anmeldung für die Kinderbetreuung in der Gemeinde Wennigsen (Deister)

(Diesen Vordruck bitte unbedingt zurückgeben! Er ist Bestandteil für die Aufnahmeentscheidung.)

Gem. § 6 der Benutzungssatzung der Gemeinde Wennigsen (Deister) für die Kindertagesstätten in der z. Zt. geltenden Fassung werden einige wichtige Angaben über das vorgenannte Kind benötigt. (bitte entsprechend kennzeichnen)

Bei meinem/unserem Kind _____, geb. am _____, liegt

- A)**
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - eine Behinderung/Beeinträchtigung vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - eine Sprachentwicklungsstörung/Sprachauffälligkeit vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - eine chronische Erkrankung vor (z.B. Diabetes) vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - eine sonstige Auffälligkeit vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche? _____

- B)**
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Frühförderung fand statt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Frühförderung findet z. Zt. noch statt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Ergotherapie fand statt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Ergotherapie findet z. Zt. noch statt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Es fanden andere Therapien statt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Es finden z. Zt. noch Therapien statt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche? _____

- C)**
- Ein Kinderarzt wurde am _____ aufgesucht.
 - Das Sozialpädagogische Zentrum Hannover wurde am _____ aufgesucht.
 - Eine Kinder- und Jugendpsychiatrie-Praxis wurde am _____ aufgesucht.
 - Sonstige Fachärzte wurden am _____ aufgesucht.

Es bestehen folgende weitere Besonderheiten bzw. folgendes ist mir/uns aufgefallen:

Wir haben an folgenden **Vorsorgeuntersuchungen** teilgenommen (bitte ankreuzen):

U1 U2 U3 U4 U5 U6 U7 U8 U9

Allergien: nein ja welche? _____

Besondere Ernährung: nein vegetarisch
 ohne Schweinefleisch
 Sonstiges: _____

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu angegeben habe/n.

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten