**Kainsrichter Räuberwald**

**Ansprechpartner: Sabine Lindner**

**Kainsricht 11**

**92274 Gebenbach**

Waldhandy: 0162 – 26 23 495

**E- Mail:** **kainsrichter-waldkindergarten@gmx.de** **Der Natur auf der Spur!**

Voranmeldung:

Ihre Voranmeldung werden wir umgehend bearbeiten. Anschließend teilen wir Ihnen mit, ob eine Aufnahme Ihres Kindes bei uns möglich ist. Ab diesem Zeitpunkt ist für Ihr Kind ein Platz in unserer Einrichtung reserviert! Wir schicken Ihnen im Aufnahmejahr die Vertragsunterlagen zu. Bitte unterschreiben Sie diese und geben die Unterlagen an uns zurück (per E- Mail oder Post)! Nach Zahlung der Anmeldegebühr und Eingang der Unterlagen, hat Ihr Kind einen festen Platz in unserer Einrichtung.

1. Allgemeine Informationen

|  |
| --- |
| Datum  |
| Aufnahme ab sofort  ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **E- Mailadresse:**  |
| Alter des Kindes zum Aufnahmetermin (Jahr + Monat):  |
|   Aufnahme in unseren privaten (whatsapp) **Info**broadcast Mutter  Vater  |
|  andere Tel::  |
|   Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Handynummer gespeichert wird, zum  |
|  Informationsaustausch unter den Kindergarteneltern genutzt und für andere sichtbar ist.Bedarf   |

1. Personalien des Kindes

|  |
| --- |
| Familienname Vorname(n)  |
| Geburtstag Geburtsort  |
| Straße  |
| PLZ/Wohnort  |
| Telefon Staatsangehörigkeit  |

1. Personalien der Mutter oder Erziehungsberechtigter Alleinerziehend Erziehungsberechtigt4
* Bei alleinigem Sorgerecht bitte Sorgerechtsbeschluss beifügen!

|  |
| --- |
|  Familienname/Vorname  |
|  Geburtstag Staatsangehörigkeit  |
|  Familienstand verheiratet alleinstehend mit Partner |
|  (falls abweichend) Straße  |
|  PLZ/Wohnort  |
|  Beruf  |
|  Telefon Geschäft |

1. Personalien des Vaters oder Erziehungsberechtigter Alleinerziehend Erziehungsberechtigt

|  |
| --- |
|  Familienname/Vorname  |
|  Geburtstag Staatsangehörigkeit  |
|  Familienstand verheiratet alleinstehend mit Partner |
|  (falls abweichend) Straße  |
|  PLZ/Wohnort  |
|  Beruf  |
|  Telefon Geschäft |

1. Bankverbindung (Bankverbindung für eine verbindliche Zusage nötig!)

|  |
| --- |
| Kontoinhaber: |
| Name des Kreditinstituts:  |
| IBAN: BIC: |
| Kontonummer: BLZ:  |

1. Geschwister

|  |
| --- |
| Vorname geboren am  |
| Vorname geboren am  |
| Vorname geboren am  |

1. Gesundheit

|  |
| --- |
| Name und Anschrift des Hausarztes/Kinderarztes: |
|   |
| Krankenkasse:  |
| Kind erhält Eingliederungshilfe nach SGBXII/ SGBVII wegen körperl. o. geistiger  |
|  oder wegen drohender oder seelischer Behinderung.  |
| Unser Kind nimmt regelmäßig an U- Untersuchungen teil. nimmt nicht teil. |
|   |
| Unser Kind nimmt an Impfungen teil.nimmt nicht teil.  |
| Letzte TETANUS – Impfung (Datum eintragen): |
|  am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

1. Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand des Kindes

(Allergien, ständig benötigte Medikamente, Gebrechen etc.)

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Sonstige, wichtige Information über Kind und Familie

|  |
| --- |
|  |

1. Das Kind wird in der Regel abgeholt von (Name und Telefonnummer)

|  |
| --- |
|  |
| ausnahmsweise von (Name u. Tel.) |

1. Wir buchen folgende Buchungszeiten:

 Der monatliche Beitrag wird Anfang des Monats von Ihrem Konto eingezogen.

5 bis 6 Stunden Mo – Fr 07.30 – 12.45 Uhr 95.-€

6 bis 7 Stunden Mo – Fr 07.30 – 13.45 Uhr 100.-€

7 bis 8 Stunden Mo – Fr 07.30 – 13.45 Uhr, zwei Nachmittage (außer Fr) bis 16.00 Uhr 110.-

8 bis 9 Stunden Mo – Fr 07.30 – 13.45 Uhr, Montag bis Donnerstag bis 16.00 Uhr 120.-

In welche andere Einrichtung in der Umgebung käme für Sie für die Kinderbetreuung

noch in Frage?

Haben Sie dort Ihr Kind bereits angemeldet? nein ja; für wann?

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten