

**KKE- Mittagsbetreuung Grundschule Anhausen**  
**Adelgundisstr. 1, 86420 Anhausen, Tel. 08238/ 902015**  
**KKE e.V. in Kooperationspartnerschaft mit Markt Diedorf**  
[mittagsbetreuung@kunstschule-diedorf.de](mailto:mittagsbetreuung@kunstschule-diedorf.de)

**Anmeldung zur Aufnahme**

Eingang der Anmeldung: \_\_\_\_\_

<b>Aufnahmewunsch</b>	
<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung (bis 14 Uhr)	<input type="checkbox"/> Verlängerte Mittagsbetreuung (bis 16 Uhr)
<input type="checkbox"/> mit Ferienbetreuung	<input type="checkbox"/> mit warmem Mittagessen
Gewünschter Aufnahmetermin: _____	

**Angaben zum Kind**

Name		Vorname	
Straße und Nr.			
PLZ / Wohnort			
Telefon			
Geburtsdatum		Geburtsort/Land	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Konfession	
Staatsangehörigkeit			
Welche Sprache wird zuhause gesprochen?			
Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, welche?			
Vornamen und Geburtsdatum der Geschwister		Sorgeberechtigte sind	

Hausarzt		Telefonnummer des Arztes	
Anschrift			
Name der Krankenkasse			
Bei wem ist das Kind versichert?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater		
Impfung (Tetanus) Datum		U-Heft wurde vorgelegt/nachgereicht am	
Chronische Erkrankungen			

## Angaben zu den Eltern (Personensorgeberechtigten)

	Mutter des Kindes	Vater des Kindes
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße und Nr.		
Telefon		
Telefon dienstlich		
Mobilfunknummer		
Emailadresse		
Beruf		
Arbeitgeber		
Arbeitszeit		
Staatsangehörigkeit		
Geburtsland		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:
<p><b>Telefonnummern</b> <input type="checkbox"/> dürfen an andere Eltern der Einrichtung  <input type="checkbox"/> weitergegeben werden <input type="checkbox"/> nicht weitergegeben werden</p>		
<p><b>Späler</b> <input type="checkbox"/> dürfen vom pädagogischen Personal entfernt werden.  <input type="checkbox"/> dürfen nicht entfernt werden.</p> <p><b>Zecken</b> <input type="checkbox"/> dürfen vom pädagogischen Personal entfernt werden.  <input type="checkbox"/> dürfen nicht entfernt werden.</p> <p>(Erziehungsberechtigte werden unverzüglich informiert)</p> <p><b>Kleinere Prellungen:</b>  <input type="checkbox"/> dürfen vom pädagogischen Personal mit einer registrierten homöopathischen Sportsalbe            (Traumeel) versorgt werden.  <input type="checkbox"/> dürfen nicht versorgt werden. (Erziehungsberechtigte werden unverzüglich informiert)</p>		
<p><b>Mir/uns ist bekannt, dass diese Anmeldung nur dann verbindlich ist, wenn die schriftliche Zusage der Marktgemeinde Diedorf vorliegt.</b></p>		
<p>Die mir/uns ausgehändigte Benutzungsordnung erkenne(n) ich/wir in ihrer jeweils gültigen Fassung als verbindlich an. Sie ist dann Bestandteil des Aufnahmevertrages.</p> <p><b>Ich versichere, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind. Änderungen teile ich unverzüglich mit.</b></p>		

Ort, Datum

Unterschrift beider Personensorgeberechtigten

# Daten für den geregelten Betreuungsablauf

Vor und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb: \_\_\_\_\_

## Wer ist, außer den Personensorgeberechtigten, im Notfall zu verständigen?

Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:	Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer
Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:	Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:

### **Allergien** bitte ankreuzen:

Hat ihr Kind Allergien, bzw. Unverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche:

### **Medikamente** bitte ankreuzen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche:

### **Wöchentliche Betreuung und Verköstigung** wird wie folgt gewünscht:

Montag:

Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ warmes Essen  ja  nein

Dienstag:

Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ warmes Essen  ja  nein

Mittwoch:

Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ warmes Essen  ja  nein

Donnerstag:

Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ warmes Essen  ja  nein

Freitag:

Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ warmes Essen  ja  nein

**Essen VEGETARISCH:**  ja  nein

**Sicherer Heimweg** – bitte ankreuzen:

- mein Kind wird abgeholt
- darf alleine nach Hause gehen
- darf allein mit dem Bus nach Hause fahren
- Falls die Abholung bis 14 bzw. 16 Uhr nicht erfolgt ist  
darf mein Kind alleine nach Hause gehen
- ..... darf mein Kind alleine mit dem Bus n. Hause fahren

**Abholberechtigung: Wer, außer Ihnen, ist noch abholberechtigt?**

Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:	Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:
Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:	Name: Bezug zum Kind (z.B. Oma): Telefonnummer:

**Medienrechte** bitte ankreuzen:

**Abbildungen/ Fotos als Einzel oder Gruppenaufnahme mit meinem Kind dürfen**

- innerhalb der Einrichtung verwendet und ausgestellt werden.
- Für pädagogische Zwecke in Dokumentationen genutzt werden.
- öffentlich in Print – und digitalen Medien genutzt werden.
- dürfen nicht genutzt werden.

**Ich/wir versichere/n, dass die Angaben wahrheitsgemäß sind.**

**Änderungen teile ich unverzüglich mit.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift beider Personensorgeberechtigten**