



ANMELDEBOGEN ELTERN FÜR DIE AUFNAHME IN UNSERE HPT – FLOßMANNSTRAßE 1

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Straße	
PLZ/ Wohnort	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	

männlich

weiblich

divers

2. Angaben zu den Eltern

	Elternteil 1	Elternteil 2
Mutter/Vater		
Name, Vorname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
E-Mail		
Geburtsort/Land		
Staatsangehörigkeit		
Sorgeberechtigt	ja nein	ja nein

3. Krankenkasse und Kinderarzt

Krankenkasse	Kinderarzt



4. Diagnose und Kostenübernahme

Es liegt bereits eine Fachärztliche Diagnose mit der Empfehlung des Besuchs einer HPT vor:

Ja **Nein**

Ärztlicher Bericht/Diagnose liegt bei

Ärztlicher Bericht/Diagnose wird nachgereicht bis: _____

Folgende Diagnose liegt vor:	
Kurz-Beschreibung des Unterstützungsbedarfs	

5. Gesundheitliche Besonderheiten

Besonderheiten hinsichtlich der Gesundheit oder Konstitution des Kindes (z.B. Allergien, chronische Krankheiten etc.)	Allergien:
	Gesundheitliche Besonderheiten:
Medikamentengabe:	Ja
	Nein

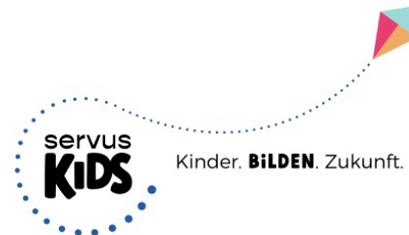
Hinweise:

Sind Notfallmaßnahmen oder die Gabe von Notfallmedikamenten nötig, muss unser **Formular zur Gabe von Medikament** durch Eltern und behandelndem Arzt beachten und ausgefüllt werden. Bitte legen Sie ein ärztliches Attest bei, falls ihr Kind Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten hat. Nur mit einem ärztlichen Attest kann dies in der Küche berücksichtigt werden. Bei sehr ausgeprägten Allergien/Unverträglichkeiten wird im persönlichen Gespräch geklärt, ob und wie eine Verpflegung durch unsere Küche gewährleistet werden kann.

Attest liegt bei

Attest wird nachgereicht bis: _____





5. Abholberechtigte

Hinweis: Abholberechtigte Personen müssen immer ein Ausweisdokument bei der Abholung vorzeigen.

Name; Nachname	Geburtsdatum	Telefon

6. Betreuungszeit/Buchungszeiten (wird von der Einrichtung ausgefüllt)

Unser Öffnungszeiten und Kernzeiten

Montag - Freitag	08:00 - 14:30
------------------	---------------

Die Betreuungszeit von 08:00 Uhr bis 14:30 Uhr ist für alle Kinder verbindlich.

Einverständnis

Ich/Wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Ich/Wir willige/n ein, dass die Kindertageseinrichtung zu Planungszweckender Kommune des Wohnsitzes des Kindes folgende Daten übermittelt: Name, Anschrift und Geburtsdatum des Kindes, Zu- oder Absage eines Betreuungsplatzes.

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrages zwischen Eltern/Personensorgeberechtigte(n) und dem Träger der Einrichtung.

Es wird darauf hingewiesen, dass es zum gesetzlichen Schutzauftrag des Trägers der Kindertageseinrichtung bzw. des betreuenden Fachpersonals zählt, sich bereits vor Beginn des Besuchs der Einrichtung Kenntnis über den Entwicklungsstand des Kindes zu verschaffen und darauf hinzuwirken, dass das Kind die notwendige Früherkennungsuntersuchung wahrnimmt. Ebenso ist eine Immunisierung gegen Masern Voraussetzung für die Aufnahme des Kindes.

✘ _____

Ort, Datum; Unterschrift Personensorgeberechtigte*r 1

✘ _____

Ort, Datum; Unterschrift Personensorgeberechtigte*r 2