

**Kath. Kneipp-Kindergarten
St. Michael**

Am Anger 7
85114 Buxheim
Tel.: 08458/8421



**Kath. Kindertagesstätte
St. Anna**

Am Anger 3
85114 Buxheim
Tel.: 08458/9853



**Kath. Kindertagesstätte
St. Martin**

Westental 1
85114 Tauberfeld
Tel.: 08458/6031364



AUFNAHMEANTRAG

Ich/Wir beantragen hiermit die **Aufnahme** unseres Kindes für das **Betreuungsjahr 20__/20__** in einer Einrichtung der **kath. Kirchenstiftung St. Michael Buxheim / St. Martin Tauberfeld**.

Gewünschte Einrichtung:

Kath. Kindertagesstätte St. Anna Buxheim	<input type="radio"/> Kindergarten	<input type="radio"/> Kinderkrippe
Kath. Kneipp-Kindergarten St. Michael Buxheim	<input type="radio"/> Kindergarten	
Kath. Kindertagesstätte St. Martin Tauberfeld	<input type="radio"/> Kindergarten	<input type="radio"/> Kinderkrippe

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Daten des Kindes:

Nachname:		Konfession:	
Vorname:		Staatsangeh.:	
Straße, Hausnr.:		Kind spricht:	
PLZ, Wohnort:	<input type="radio"/> 85114 Buxheim <input type="radio"/> 85114 Tauberfeld <input type="radio"/> _____	Hausarzt:	Name: _____ Adresse: _____ _____
Geburtsdatum:		Krankenkasse:	
Geburtsort:		Allergien:	
Geburtsland:		Sonstiges:	
Besonderer Betreuungsbedarf (Behinderung, chronische Krankheiten, Sprachentwicklung)		_____ Amtl. Bescheinigung einer Behinderung: <input type="radio"/> liegt vor <input type="radio"/> liegt nicht vor	

Daten der Eltern:

	<u>Mutter:</u>	<u>Vater:</u>
Erziehungsberechtigt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nachname:		
Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Wohnort:	<input type="radio"/> 85114 Buxheim <input type="radio"/> 85114 Tauberfeld <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> 85114 Buxheim <input type="radio"/> 85114 Tauberfeld <input type="radio"/> _____
Geburtsdatum:		
Geburtsort/-land:		
Staatsangehörigkeit:		
Konfession:		
Familienstand:		
Beruf:		
Berufstätig:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Telefonnummern:	Festnetz: _____ Mobil: _____ Dienstlich: _____	Festnetz: _____ Mobil: _____ Dienstlich: _____
Email:		

Geschwister:

Name:	Geburtsdatum:

Abholberechtigte Personen:

Name: (+ Bezeichnung, z. B. „Tante“, „Opa“)	Telefonnummer:

Voraussichtlicher Betreuungsbedarf: (bitte ankreuzen)

Betreuungszeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Frühdienst: 07:15 Uhr - 08:00 Uhr					
Mindestbuchungszeit / Kernzeit 08:00 Uhr - 13:00 Uhr					
13:00 Uhr - 14:15 Uhr					
14:15 Uhr - 15:15 Uhr					
Spätdienst: (Nur Kita St. Anna) 15:15 Uhr - 16:15 Uhr					

Kindergarten:

Buchung nur an 5 Tagen möglich

Kinderkrippe:

Buchung auch an nur 4 Tagen möglich

Wir benötigen dringend einen Kitaplatz, weil: _____

Wunschgruppe: (falls vorhanden)

Zur Beachtung für die Aufnahme Ihres Kindes:

Seit 1. März 2020 ist das **Masernschutzgesetz** in Kraft getreten. Die Aufnahme Ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung kann nur erfolgen, wenn ein Impfnachweis oder ein ärztlicher Nachweis einer Immunität gegen Masern vorliegt.

Dies betrifft alle Kinder, die zum Zeitpunkt der Aufnahme über ein Jahr alt sind. Ist ihr Kind zum Zeitpunkt der Anmeldung unter einem Jahr, muss der Nachweis über die Impfung nachgereicht werden.

Ort, Datum

Unterschriften der Eltern/Personensorgeberechtigten