

Kindergartenanmeldung

(Antrag zur Aufnahme eines Kindes in einer Kindertagesstätte der Stadt Syke, des Deutschen Roten Kreuzes, des Ev.-luth. Kindertagesstättenverbandes Syke/Hoya oder der Lebenshilfe – **Anmeldeschluss 31. Januar** -)

(Hinweis: Bei Interesse an einer Betreuung bei einer Tagespflegeperson wenden Sie sich bitte an Frau Weidenhöfer, Tel.-Nr. 04242 -164208.)

Bitte nur einen Anmeldebogen ausfüllen!

I. Ich/Wir beantrage(n) die Aufnahme des Kindes

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
--------------	---------	--------------

Anschrift: _____

weiblich männlich Staatsangehörigkeit: _____

zum Beginn des Kindergartenjahres: _____ zum _____

Die Aufnahme/Betreuung soll erfolgen in der Einrichtung

Erstwunsch: _____
Kindertagesstätte

Waldgruppe
 (nur in der Kita
 Wundertüte)

Zweitwunsch: _____
Kindertagesstätte

Drittwunsch: _____
Kindertagesstätte

Hinweis: Die Anmeldung wird hinsichtlich der gewünschten Kindertagesstätten in der angegebenen Reihenfolge gewertet. Sollte die Anmeldung keine Angabe über eine gewünschte Einrichtung oder keine Alternativkindertagesstätte beinhalten, kommen für die Aufnahme alle Kindertagesstätten in Frage. Sollte kein Platz in einer der angegebenen Wunschkindertagesstätten zur Verfügung stehen, wird Ihr Kind in einer anderen Kindertagesstätte aufgenommen.

Benötigte Betreuungszeit in der Woche

von montags bis freitags: von _____ Uhr bis _____ Uhr

oder alternativ an 5 Tagen in der Woche aufgeteilt in

2 Tage: Mo Di Mi Do Fr von _____ Uhr bis _____ Uhr

und

3 Tage: Mo Di Mi Do Fr von _____ Uhr bis _____ Uhr

Mein/Unser Kind besuchte bereits folgende Kindertagesstätte _____

Betreuung in einer Integrationsgruppe ist erforderlich.

II. Das Kind lebt bei

den Eltern nur einem Elternteil Pflegeeltern/ sonstige Verwandte/Personen: _____

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht hat _____

Bei Eltern mit **gemeinsamem Sorgerecht** ist der Antrag von **beiden Sorgeberechtigten** zu unterschreiben. (Falls die Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten verweigert wird bzw. aufgrund der räumlichen Trennung nicht eingeholt werden kann, ist in jedem Fall die Anschrift des zweiten Sorgeberechtigten anzugeben.)

1. Sorgeberechtigter (Mutter)

2. Sorgeberechtigter (Vater)

Familienname _____

Vorname _____

Anschrift _____

Staatsangehörigkeit _____

Tel./-Handy-Nr. (privat)* _____

Tel.-Nr. (dienstlich)* _____

E-Mail Adresse * _____

*freiwillige Angaben

III. Art der Beschäftigung der Eltern:

- | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----------------------------------|-------|--------------------------|-----------------------------------|
| Mutter | <input type="checkbox"/> | keine/ Arbeitslos | Vater | <input type="checkbox"/> | keine/ Arbeitslos |
| | <input type="checkbox"/> | Elternzeit bis _____ | | <input type="checkbox"/> | Elternzeit bis _____ |
| | <input type="checkbox"/> | voll berufstätig | | <input type="checkbox"/> | voll berufstätig |
| | <input type="checkbox"/> | teilweise () Vormittag | | <input type="checkbox"/> | teilweise () Vormittag |
| | <input type="checkbox"/> | berufstätig am () Nachmittag | | <input type="checkbox"/> | berufstätig am () Nachmittag |
| | <input type="checkbox"/> | Schul- oder Berufsausbildung | | <input type="checkbox"/> | Schul- oder Berufsausbildung |
| | <input type="checkbox"/> | geplante Berufstätigkeit ab _____ | | <input type="checkbox"/> | geplante Berufstätigkeit ab _____ |

Arbeitszeit
von ... bis ... Uhr _____

IV. Im gemeinsamen Haushalt leben folgende Geschwister

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Kind besucht folgende Kindertagesstätte _____

V. Besondere Aufnahmegründe

- Keine
- Soziale Gesichtspunkte: _____
- Entwicklungsstand des Kindes: _____
Entwicklungsrückstand: Sprache Bewegung Verhalten
- Muttersprache des Kindes: _____
- Auffälligkeiten laut Vorsorgeheft: _____

VI. Anmeldung zur Mittagsbeköstigung

Mein Kind soll ab dem _____ an _____ Tagen in der Woche an der Mittagverpflegung teilnehmen.

Achtung!	
<input type="checkbox"/> mein Kind darf kein Schweinefleisch essen.	<input type="checkbox"/> mein Kind möchte kein Fleisch essen.
Lebensmittelunverträglichkeiten (z.B. Allergien):	

VII. Die Bestimmungen der Satzung der Stadt Syke über die Aufnahme, den Besuch sowie die Benutzungsgebühren für die Kindertagesstätten der Stadt Syke hinsichtlich z.B. Aufnahme und Gebühren sind mir bekannt und akzeptiert.

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten
(Mutter)

Unterschrift des Sorgeberechtigten
(Vater)

Hinweis: Alle Angaben werden selbstverständlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt.

Bei Abgabe in der Erstwunschkindertagesstätte: Gespräch hat am _____ stattgefunden.

Unterschrift der Einrichtungsleitung

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Bitte dringend beachten:

Eine Rückgabe des Lastschriftmandats ist nur im Original gültig. E-Mails sind nicht zulässig.

1. Zahlungspflichtige/r

Name, Vorname	
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort

2. Bankverbindung (IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Kontoinhaber:		Anschrift Kontoinhaber: (wenn nicht Zahlungspflichtige/r)	
Kontonummer	Bankleitzahl	Name des Kreditinstituts	
IBAN (22-stellig - zwingend erforderlich) DE		BIC (8 oder 11-stellig - zwingend erforderlich)	

3. SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n **den Träger der Kindertagesstätte** widerruflich, die zu entrichtende

Kindertagesstättenbenutzungsgebühr

Verpflegungsgeldpauschale für das Mittagessen

bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Träger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns der Träger der Kindertagesstätte über den Einzug in dieser Verfahrensweise unterrichten.

Fällt eine der angegebenen Fälligkeiten auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Abbuchungstermin auf den ersten folgenden Bankarbeitstag.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bitte dringend beachten: Eine Rückgabe des Lastschriftmandats ist nur im Original gültig. E-Mails sind nicht zulässig.