



Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik
in Meppen und Umgebung e.V.

Waldorfindertagesstätte Michael



Anmeldung

Anmeldung für: _____

1. Personalien des Kindes

Geschlecht	Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>
Familienname, Vorname		
Geburtstag, Geburtsort		
Geburtsname		
Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit		
Familiensprache, Muttersprache		
Wohnhaft bei: Familienname, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		

Betreuungsbeginn (Monat/Jahr)		
Betreuungsumfang (Montag bis Freitag)	Von _____ Uhr bis _____ Uhr	
Sonderöffnung (Montag bis Freitag)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja	Von _____ Uhr bis _____ Uhr	
	Von _____ Uhr bis _____ Uhr	

Mittagessen (Montag bis Freitag)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Benötigen Sie darüber hinaus noch weitere Betreuungszeiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krippenkind	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

2. Personalien der Mutter

3. Personalien des Vaters

Familiennamen		
Vorname		
Geburtstag		
Geburtsname		
Staatsangehörigkeit		
Muttersprache		
Familiensprache		
Religionszugehörigkeit		
Abholberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Aufenthaltsbestimmungsrecht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sorgeberechtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Im Notfall benachrichtigen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon (privat)		
Mobil		
Email-Adresse		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges

2. Personalien der Mutter**3. Personalien des Vaters**

Berufsstatus	<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit / ab _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in	<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit / ab _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in
Beruf		
Arbeitgeber (Angabe freiwillig)		
Telefon (dienstlich)		

4. Geschwister des Kindes

Anzahl der Geschwister				
Geburtsmonat + Geburtsjahr	1)	2)	3)	4)
	5)	6)		
Davon derzeit in einer Kindertagesstätte				

5. Gesundheit

Name und Vorname des Arztes	
Straße, Hausnummer des Arztes	
PLZ, Ort des Arztes	
Telefon des Arztes	
Krankenkasse	
Versichert über	
Letzte Tetanusimpfung	
Blutgruppe	
Erwähnenswerte Allergien	
Gesundheitliche Besonderheiten	

6. Sonstige, wichtige Informationen über Kinde und Familie

Datenschutz

Es gelten die Bestimmungen über den gesetzlichen Datenschutz. Die Sorgeberechtigten sind damit einverstanden, dass über sie und ihr Kind im Rahmen dieser Anmeldung erhobene Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange und Vorschriften zum Zwecke der Vorbereitung eines Vertrages und zur Ermittlung und Erfüllung des Bedarfs an Kindertagesstättenplätzen verarbeitet und genutzt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der persönlichen Angaben und erklären Ihr Einverständnis zum Aufnahmeverfahren der Kindertagesstätte.

Mit dieser Anmeldung ist noch **keine Aufnahmezusage** verbunden. Dazu bedarf es eines gesondert abzuschließenden Betreuungsvertrages.

Zur Kenntnis genommen und unterschrieben:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Eingangsdatum

Unterschrift der Leitung