



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

# Waldorfkindertagesstätte Michael



## Anmeldung Waldgruppe

Kindergartenjahr \_\_\_\_\_

\* alle mit Stern gekennzeichneten Positionen sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.  
Alle weiteren Angabe sind freiwillig

### 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 *		
Telefonnummer		
Betreuungsbeginn (Monat/Jahr) *		
<b>Kindergarten *</b>		
<input type="checkbox"/> Betreuung 8:00 - 13:00 Uhr		
<input type="checkbox"/> Sonderöffnung von 13.00 - 14:00 Uhr		

## 2. Personalien der Mutter

## 3. Personalien des Vaters

Familienname		
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 Kinder 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.

- Wir sind damit einverstanden, dass falls kein Platz vorhanden ist, unsere Anmeldung auf die Warteliste gesetzt wird.**

Zur Kenntnis genommen und unterschrieben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Eingangsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Leitung