

Voranmeldung für die Kindertagesstätte in der Ortsgemeinde Gau-Odernheim

Angaben zum Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers	Staatsangehörigkeit
Straße Haus-Nr.	Ort PLZ
Religion/Konfession (freiwillige Angabe)	
Schutzimpfungen (jeweils das letzte Datum) <input type="radio"/> DIPHtherie <input type="radio"/> MASERN <input type="radio"/> RÖTELN <input type="radio"/> GELBSUCHT <input type="radio"/> MUMPS <input type="radio"/> TUBERKULOSE <input type="radio"/> KEUSCHHUSTEN <input type="radio"/> PARATYPHUS <input type="radio"/> WINDPOCKEN <input type="radio"/> KINDERLÄHMUNG <input type="radio"/> TYPHUS <input type="radio"/> TETANUS (WUNDSTARRKRAMPF)	
Bestehen besondere körperliche und/oder geistige Beschwerden/Beeinträchtigungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? Liegen Lebensmittelunverträglichkeiten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? Bestehen Allergien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche bzw. gegen welches Allergen?	

1. Personenberechtigte/r

<input type="checkbox"/> Gemeinsame Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht (bitte Sorgerechtserklärung beifügen)	
Familienname 1. Personenberechtigte/r	Vorname/n 1. Personenberechtigte/r	
Straße Hausnummer	PLZ Ort	
E-Mail	Telefon	Geburtsdatum
Berufstätig bzw. in Ausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis
		Uhr
Arbeitgeber/in (freiwillige Angabe)	Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)	

2. Personenberechtigte/r

Familiename 2. Personenberechtigte/r		Vorname/n 2. Personenberechtigte/r	
Straße Hausnummer		PLZ Ort	
E-Mail	Telefon	Geburtsdatum	
Berufstätig bzw. in Ausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis	Uhr
Arbeitgeber/in (freiwillige Angabe)		Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)	

Anzahl der Geschwister:

Geschwisterkind in der Einrichtung: ja nein

Betreuungswunsch/ Begründung einer Dringlichkeit

Verlängertes Vormittagsangebot <input type="checkbox"/> 7:30 Uhr-14:30 Uhr mit Mittagessen <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> 7:30 Uhr – 12:00 Uhr ohne Mittagessen <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr	Ganztagsbetreuung (07:30 Uhr bis 16:30 Uhr) an folgenden Tagen: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr (Betreuung inkl. Mittagessen)
--	--

Ihr gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Wird das Kind aktuell Familien extern betreut?

- Ja, in einer Kindertageseinrichtung
- Ja, in der Kindertagespflege
- nein

Wir nehmen Ihren Antrag in eine Warteliste auf und werden Sie benachrichtigen, wenn für Ihr Kind ein Platz zur Verfügung steht.

Ort/Datum

Unterschrift 1. Personenberechtigter

Unterschrift 2. Personenberechtigter