



# Anmeldung

Kindertagesstätte Rosengarten  
 Buch a. Buchrain  
 Rosenstraße 1  
 85656 Buch a. Buchrain

## Anmeldung für Kindergarten

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zum Kind

Name		Vorname(n)	
Straße/Nr.			
PLZ/Wohnort			
Telefon			
Geb.Datum		Geb.Ort/Land	
Geschlecht	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	Konfession	
Staatsangehörigkeit		Familiensprache	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> _____

### 2. Angaben zu den Eltern (Personensorgeberechtigten)

	Mutter/ Personensorgeberechtigte	Vater/ Personensorgeberechtigter
Name		
Vorname		
Straße/Nr.		
PLZ/Wohnort/Ortsteil		
Telefon		
Mobilfunknummer		
Telefon dienstlich		
E-Mail*)		
Beruf*)		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		

Bei den mit \*) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um gesondert erbetene freiwillige Angaben

## Rechtliche Stellung:

Vater und Mutter sind  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  in Lebensgemeinschaft

Wer hat das Sorgerecht? \_\_\_\_\_

Beide Elternteile bzw. der Elternteil, bei dem das Kind seinen überwiegenden Aufenthalt hat sind bzw. ist nichtdeutscher Herkunft

Ja ggf. Herkunftsland: \_\_\_\_\_,

Status festgelegt, Ausweis eingesehen von: \_\_\_\_\_  
(Name, Unterschrift päd. Personal)

Sind/ist als Spätaussiedler anerkannt (Kopie Nachweis bitte beifügen)

Ja  Nein

## 3. Weitere wichtige Angaben zum Kind

**Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit od. Konstitution des Kindes  
(z.B. Allergien, Chronische Krankheiten usw.)**

**Hausarzt des Kindes:**

**Name**

**Telefon**

**Anschrift**

**Name der Krankenversicherung:**

Nachweis **Impfberatung** gem. § 334 Abs. 10a IfSG erbracht

Ja  Nein Nachgereicht am: \_\_\_\_\_

**Verpflichtender Impfnachweis oder Nachweis einer Immunität gegen Masern erbracht:**

Ja  Nein Nachgereicht am: \_\_\_\_\_

Nachweis **Vorsorgeuntersuchung** erbracht

Ja  Nein Nachgereicht am: \_\_\_\_\_

**Eingliederungshilfe**

- Für das Kind besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 1 SGB XII
- Bescheinigung liegt vor, gültig bis:
- Bescheinigung liegt nicht vor

**Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht? Wenn Ja, welche?**

#### 4. Angabe zu Geschwisterkindern

Name, Vorname	Geburtsdatum	Besucht das Kind unsere Einrichtung?
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja/Gruppe _____ <input type="radio"/> Nein

#### 5. Dringlichkeitsgründe für die Aufnahme – Nachweis der Berufstätigkeit

- von der Schule zurückgestellte Kinder
- Kinder, die im Vorschulalter sind
- Kinder alleinerziehender Elternteile
- Kinder, deren Eltern beide berufstätig sind
- Kinder, deren Familie sich in einer besonderen Notlage befindet

**Achtung:**

**Nachweis der Berufstätigkeit durch Vorlage einer Arbeitgeberbescheinigung erforderlich.**

#### 6. Besonderer Betreuungsbedarf des Kindes

- Diagnostizierte Behinderung des Kindes unter Vorlage der ärztlichen Diagnose
- des Kindes, ggf. unter Vorlage der ärztlichen Diagnose/des psychologischen Gutachtens
- Chronische Erkrankung des Kindes

## 7. KINDERGARTEN Gewünschte Buchungszeit:

Buchungsgruppe 1	8.00 – 12.15 Uhr
Buchungsgruppe 2	7.30 – 12.30 Uhr
Buchungsgruppe 3	7.30 – 14.00 Uhr
Buchungsgruppe 4	7.30 – 15.00 Uhr, Freitag bis 14.30 Uhr
Buchungsgruppe 5	7.30 – 16.00 Uhr, Freitag bis 14.30 Uhr
Frühdienst	7.00 – 7.30 Uhr täglich
Spätdienst	16.00 – 16.30 Uhr, täglich außer Freitag

Bitte Buchungsgruppe täglich angeben

Wochentag	Buchungsgruppe	Mittagessen	Frühdienst	Spätdienst
Montag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Dienstag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Mittwoch		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Donnerstag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein
Freitag		<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja - <input type="radio"/> Nein

## 8. Vormerkung des Kindes in anderen Kindertageseinrichtungen

Das Kind ist bereits und/oder wird noch in folgenden Kindertageseinrichtungen vorgemerkt:

---



---

**Diese Anmeldung ist für beide Seiten unverbindlich.**

**Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertagesstätte besteht nicht.**

Über die Aufnahme in die Einrichtung entscheidet die Leitung der Kindertagesstätte im Einvernehmen mit dem Träger nach Maßgabe der verfügbaren Plätze. Bei nicht genügend freien Plätzen wird eine Auswahl nach den in der Kindertagesstättensatzung aufgeführten Kriterien getroffen. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme besteht nicht.

Die Erziehungsberechtigten werden von der Aufnahme bzw. Nichtaufnahme schriftlich verständigt.

Alle Angaben unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung erhoben und selbstverständlich vertraulich behandelt.

Die erhobenen Daten verbleiben in der Einrichtung bzw. beim Träger und werden allenfalls zu einer Stichprobe, soweit die Kontrolle nicht ohnehin vor Ort stattfindet, unter Berücksichtigung des Datenschutzes an die Kontrollorgane übermittelt.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift der Eltern/ Personensorgeberechtigten**

# SEPA-Lastschriftsmandat

**Zahlungsempfänger**

Gemeinde Buch a. Buchrain  
Fröbelweg 1  
85669 Pastetten

Einrichtung: Kindertagesstätte Rosengarten

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42GBU00000010174**

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_

Dieses SEPA-Lastschriftsmandat gilt für den Bildungs- und Betreuungsvertrag mit

**Name Eltern:** \_\_\_\_\_

**Name Kind:** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Gemeinde Buch a. Buchrain, Fröbelweg 1, 85669 Pastetten, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Buch a. Buchrain, Fröbelweg 1, 85669 Pastetten auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnende mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungspflichtige/r**

\_\_\_\_\_  
**Name u. Vorname des Kontoinhabers**

\_\_\_\_\_  
**Name der Bank**

\_\_\_\_\_  
**Straße und Hausnummer**

\_\_\_\_\_  
**BIC**

\_\_\_\_\_  
**Postleitzahl und Ort**

\_\_\_\_\_  
**IBAN**

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des/der Kontoinhabers**