

**Anmeldeformular zur Betreuungszeit Ü3**  
**(3 – 6 Jahre)**

**I. Persönliche Daten des Kindes**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

gewünschter Aufnahmetermin \_\_\_\_\_

**II. Persönliche Daten der Erziehungsberechtigten**

Name der Mutter \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

In Notfällen telefonisch zu erreichen \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

In Notfällen telefonisch zu erreichen \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ Name d. \_\_\_\_\_

Versicherten \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum \_\_\_\_\_

weiterer Geschwister \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für die Einstufung als 2., 3., ff. Kind ist nicht das kindergartenfähige Alter der Geschwister, sondern deren Lebensalter bis zum 18. Lebensjahr maßgebend.

### III. Wahl des Betreuungsmodells

Die Anmeldung muss 4 Monate im Voraus erfolgen. Eine verbindliche Zusage erhalten die Eltern in der Regel drei Monate vor Aufnahme.

Ich/ Wir melde/n mein/ unser Kind verbindlich für folgende Betreuungszeit an.

M 1	<input type="checkbox"/>	8.00 Uhr – 12.00 Uhr und 14.00 Uhr – 16.00 Uhr und 8.00 Uhr – 13.00 Uhr	Mo-Do  Fr kein Mittagessen
M 2	<input type="checkbox"/>	7.00 Uhr – 13.00 Uhr ohne Mittagessen	Mo-Fr
	<input type="checkbox"/>	7.00 Uhr – 13.00 Uhr mit Mittagessen	Mo bis Do Fr kein Mittagessen
M 3	<input type="checkbox"/>	7.00 Uhr – 14.00 Uhr 7.00 Uhr – 13.00 Uhr	Mo bis Do Fr kein Mittagessen
M 4	<input type="checkbox"/>	7.00 Uhr – 16.00 Uhr 7.00 Uhr – 13.00 Uhr	Mo bis Do Fr kein Mittagessen

Bei M 3 und M 4 ist eine verpflichtende Teilnahme am Mittagessen vorausgesetzt.

Bei M 2 ist die Teilnahme möglich. Die Kosten für das Mittagessen (derzeit 3,50 €) sind zusätzlich zu entrichten.

Die Kündigung oder Änderungen können nur auf Ende eines Monats erfolgen. Sie sind mindestens 6 Wochen vorher schriftlich der Leitung der Einrichtung zu übergeben.

### IV. Einverständniserklärung zur Abholung des Kindes

Hiermit erkläre ich/ wir, dass mein(e) / unser(e) Sohn/ Tochter von nachfolgenden aufgeführten Begleitpersonen in meinem/ unserem Auftrag vom Kindergarten abgeholt werden kann:

Name , Vorname \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Kinder unter 12 Jahren gelten nicht als geeignete Begleitpersonen.

Mit meiner/unserer Unterschrift melde ich mein/unser Kind verbindlich zur Betreuungszeit (zu Punkt III.) an, ebenso erkläre ich/wir uns damit einverstanden, dass die aufgeführten Begleitpersonen (zu Punkt IV.) mein/unser Kind vom Kindergarten abholen darf.

Des Weiteren haben wir die Benutzungsordnung für die Kindertagesstätte Altdorf in der derzeit gültigen Fassung zur Kenntnis genommen und anerkannt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten 2

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung

nach den Richtlinien des Sozialministeriums und des Kultusministeriums über die ärztliche Untersuchung nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Impfschutzgesetzes

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

wurde am \_\_\_\_\_

von mir auf Grund von § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht

Es wurde die gesetzliche Früherkennungsunterzeichnung **U** \_\_\_\_\_ durchgeführt.

Gegen die Aufnahme des Kindes in der Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege besteht, soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchung erkennen lässt,

- keine medizinischen Bedenken.
- medizinische Bedenken
- Das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzung für die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege werden mit den Personensorgeberechtigten und Fachkräften der Kindertageseinrichtung oder der Tagespflegeperson geklärt, sofern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Personensorgeberechtigten vorliegt.
- Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.
- Die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit den oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir zuletzt

am \_\_\_\_\_

beziehungsweise im Rahmen der **U** \_\_\_\_\_ durchgeführt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Stempel