



## Aufnahmeantrag Kindertagesstätte Malesfelsen

Aufnahme wird zum Monat / Jahr \_\_\_\_\_ beantragt.

### Angaben zum Kind

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

### Bisher besuchte Kindertagesstätte/n

von – bis	Name der Einrichtung / Ort
_____	_____
_____	_____

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich die Kindertagesstätte Malesfelsen bei Bedarf mit der derzeitigen Kindertagesstätte meines/unseres Kindes in Verbindung setzt

### Sprachkenntnisse meines / unseres Kindes

Sprache: \_\_\_\_\_  Muttersprache  fließend  gering

Sprache: \_\_\_\_\_  Muttersprache  fließend  gering

Überwiegend gesprochene Sprache in der Familie: \_\_\_\_\_

### Begabungen und Interessen meines / unseres Kindes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Besonderheiten und Informationen

(Bitte ankreuzen. Wenn Antwort „ja“ erläutern und ggf. Unterlagen beifügen)

Wurden bei Ihrem Kind Besonderheiten im Entwicklungsprozess festgestellt?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind psychologisch untersucht? Liegen hierüber psychologische Gutachten vor?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind entwicklungsfördernde Maßnahmen erhalten? (z.B. Ergotherapie, Logopädie, etc.)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind körperliche Besonderheiten, von denen die Kindertagesstätte wissen sollte? (z.B. Allergien, Behinderungen, Krankheiten)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind bislang?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits Erfahrungen in der Fremdbetreuung?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind bestimmte Rituale?

- beim Abschied nehmen \_\_\_\_\_
- beim Wickeln \_\_\_\_\_
- beim Einschlafen \_\_\_\_\_
- beim Essen \_\_\_\_\_

Benötigt Ihr Kind ein Übergangsobjekt (z.B. Schmusetuch, Schnuller, etc)? Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

Wie lässt sich ihr Kind am besten beruhigen,

- wenn es weint/traurig ist? \_\_\_\_\_
- wenn es wütend ist? \_\_\_\_\_

### Besonderer Förderbedarf

Bitte vermerken Sie stichwortartig, wenn ein besonderer Förderbedarf bei ihrem Kind besteht oder wenn Sie uns einen besonderen Förderbedarf Ihres Kindes mitteilen möchten:

---

---

### Gewünschte Betreuungszeit

Tägliche Betreuung von 6:50 Uhr bis 14:00 Uhr

Tägliche Betreuung von 6:50 Uhr bis 17:00 Uhr

**Bedarf einer Betreuung bis 18:00 Uhr?**  ja  nein

(Wird nur bei einer genügenden Anzahl an Kindern angeboten.)

### Erziehungsberechtigte

Vor-/Nachname:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____
Muttersprache:	_____
Wohnanschrift (falls abweichend von Anschrift des Kindes)	_____
Telefon privat:	_____
Telefon geschäftlich:	_____
Mobil:	_____
E-Mail:	_____

Vor-/Nachname:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____
Muttersprache:	_____
Wohnanschrift (falls abweichend von Anschrift des Kindes)	_____
Telefon privat:	_____
Telefon geschäftlich:	_____
Mobil:	_____
E-Mail:	_____

## Rechnungsempfänger

Für die interne Abwicklung der Elternbeiträge und zur Ausstellung der Jahresübersicht über die entrichteten Beiträge, müssen wir einen Rechnungsempfänger festlegen. Bitte kreuzen Sie den Erziehungsberechtigten an, welcher im System hinterlegt werden soll.

Mutter

Vater

## Geschwister

Vor-/Nachname	Geburtsdatum	In der Kita / Grundschule Malesfelsen	
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich / Wir erkläre/n mich/ uns damit einverstanden, dass meine / unsere personenbezogenen Daten elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung innerhalb der Kindertagesstätte Malesfelsen und der zuständigen Behörden verwendet. Ich/wir sind mit einer Datenweitergabe an ein Verbundunternehmen oder einen Kooperationspartner der Kindertagesstätte einverstanden, soweit diese Aufgaben aus diesem Aufnahmeantrag für die Kindertagesstätte übernehmen. Über die geplante Aufnahme von Albstädter Kindern wird die Stadt Albstadt durch den Träger in Kenntnis gesetzt. Personenbezogene Daten werden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ort / Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern bzw. der/des  
Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind bei der Groz-Beckert KG oder bei dem Tochterunternehmen \_\_\_\_\_  
der Groz-Beckert KG beschäftigt.

Bitte senden Sie den unterschriebenen Aufnahmeantrag **per Post oder E-Mail an die Kindertagesstätte Malesfelsen, Unter dem Malesfelsen 70, 72458 Albstadt** oder an **info@gs-kita-malesfelsen.de**.

Wir werden Sie so schnell wie möglich über den weiteren Ablauf des Anmeldeverfahrens informieren. Die Plätze an der Kindertagesstätte Malesfelsen werden entsprechend dem Eingang der Anmeldung sowie unter Berücksichtigung der Gruppenzusammensetzung (Verteilung Mädchen und Jungen) vergeben. Geschwisterkinder werden vorrangig behandelt.