


Dokumentname:	S_KJ_KITA_FO_Anmeldung		 Franziskuswerk
Erstellung:	S_KJ-HSEQ	11.11.2016	
Änderung:	S_KJ-HSEQ	26.09.2023	
Freigabe:	S_KJ-GBL	26.09.2023	
Übergeordnete Dokumente:	Prozess: Leistungsangebot der Kindertagesstätten		Seite(n) Seite 1 von 2
			Version: B

- Kita Benjamin Burgkindergarten St. Vinzenz
 Krippe St. Franziskus Kindervilla St. Klara

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Integrationsplatz Ja Nein

Name und Anschrift des Kindes

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____

Kontakt / Geburtsdatum

Telefon _____
Geburtstag _____
Geburtsort _____
Geschlecht männlich weiblich

Religion und Staatsangehörigkeit des Kindes

Religion _____
Staatsang. _____
Familiensprache _____

Geschwister

Name _____ geb. _____
Name _____ geb. _____
Name _____ geb. _____

Gesundheit

Hausarzt _____ Krankenkasse _____
Letzte Tetanusimpfung _____


Nachweis einer **Impfberatung** gegenüber der Einrichtung wurde erbracht Ja Nein
Nachweis der **Masernimpfung** gegenüber der Einrichtung wurde erbracht Ja Nein
Nachweis einer **Früherkennungsuntersuchung** wurde erbracht (U-Heft) Ja Nein

Gesundheitliche Besonderheiten, Allergien, Medikamente, usw.: (Wird von der Einrichtung ausgefüllt)

Wer soll im Notfall als erstes benachrichtigt werden? _____
Name / Telefon

Abholberechtigte Personen (ihr Kind kann ausschließlich nur von hier aufgeführten Personen abgeholt werden)

Name _____	Telefon _____
Name _____	Telefon _____
Name _____	Telefon _____
Name _____	Telefon _____
Name _____	Telefon _____

Dokumentname:	S_KJ_KITA_FO_Anmeldung		
Erstellung:	S_KJ_KITA_FRA-EL	11.11.2016	
Änderung:	S_KJ-HSEQ	26.09.2023	
Freigabe:	S_KJ-GBL	26.09.2023	
Übergeordnete Dokumente:	Prozess: Leistungsangebot der Kindertagesstätten		Seite(n): Seite 2 von 2
			Version: B

Angaben zur Mutter

Name	_____	Telefon	_____
Vorname	_____	Tel-Arbeit	_____
Straße	_____	Mobil	_____
PLZ; Ort	_____	Email	_____
Beruf	_____	<input type="radio"/> Mutter ist erziehungsberechtigt	
Geburtstag	_____	<input type="radio"/> Mutter ist alleinerziehend	
Familienst.	_____	<input type="radio"/> Nachweis über alleiniges Sorgerecht wurde erbracht	
Religion	_____	(Wird von der Einrichtung ausgefüllt)	
Staatsang.	_____	Umzug geplant zum _____	
2. Staatsang	_____	nach _____	
Herkunft	_____		

Angaben zum Vater

Name	_____	Telefon	_____
Vorname	_____	Tel-Arbeit	_____
Straße	_____	Mobil	_____
PLZ; Ort	_____	Email	_____
Beruf	_____	<input type="radio"/> Vater ist erziehungsberechtigt	
Geburtstag	_____	<input type="radio"/> Vater ist alleinerziehend	
Familienst.	_____	<input type="radio"/> Nachweis über alleiniges Sorgerecht wurde erbracht	
Religion	_____	(Wird von der Einrichtung ausgefüllt)	
Staatsang.	_____	Umzug geplant zum _____	
2. Staatsang	_____	nach _____	
Herkunft	_____		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Empfang des Informationsschreibens „geimpft – geschützt“ des Bayerischen Staatsministeriums.

_____	Datum, Ort	_____	Unterschrift erziehungsberechtigte Person 1
_____	Datum, Ort	_____	Unterschrift erziehungsberechtigte Person 2