

ANMELDEBOGEN



ANGABEN ZUM KIND			
Name:		Vorname(n):	
Straße / Hausnr.:		PLZ / Ort / Ortsteil	
geboren am:		geboren in:	
Staatsangehörigkeit:		Religion:	
Muttersprache:		Kind spricht deutsch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind wohnt bei:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Pflegefamilie		
Besucht Ihr Kind bereits eine Betreuungseinrichtung / Spielgruppe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶		
Wird Ihr Kind von einer Frühförderstelle / vom Jugendamt betreut?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶		
Hat Ihr Kind besondere Erkrankungen / Allergien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶		
Sind Auffälligkeiten in der Entwicklung bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶		
Krankenkasse des Kindes:			
Das Kind ist krankenversichert mit:	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	
Hausarzt oder Kinderarzt:			
ANGABEN ZU GESCHWISTERN			
Name, Vorname, Alter:			
Name, Vorname, Alter:			
Name, Vorname, Alter:			
Name, Vorname, Alter:			
ANGABEN ZU DEN ELTERN			
Sorgeberechtigt ist/sind:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige Person: ▶		
Familienstand der Eltern:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> (eingetragene) Partnerschaft		
MUTTER		VATER	
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Wohnort:		Wohnort:	
Telefon, privat:		Telefon, privat:	
Telefon, mobil:		Telefon, mobil:	
E-Mail:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	

ANMELDEBOGEN S. 2



Beruf:		Beruf:	
Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig	Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig
Arbeitsort:	<input type="checkbox"/> im Ort <input type="checkbox"/> auswärts <input type="checkbox"/> am Wohnort / Homeoffice	Arbeitsort:	<input type="checkbox"/> im Ort <input type="checkbox"/> auswärts <input type="checkbox"/> am Wohnort / Homeoffice
In Elternzeit von – bis:		In Elternzeit von – bis:	
Arbeitgeber:		Arbeitgeber:	
Telefon Arbeitgeber:		Telefon Arbeitgeber:	

ANGABEN ZUR BETREUUNG

Ab wann soll die Betreuung beginnen:	
Betreuungsdauer (im Durchschnitt):	4-5 Std. von 07.30-12.30 Uhr 5-6 Std. von 07.30-13.30 Uhr 6-7 Std. von 07.30-14:30 Uhr (inkl. Mittagessen)
Sonstiges/Wünsche:	
Freunde des Kindes:	

Hinweis des Einrichtungsträgers nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung:

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist die Verwaltungsgemeinschaft Velden, Bahnhofstr. 42, 84149 Velden, 08742 288-0. Die Daten werden im Rahmen des vorgenannten Zwecks erhoben. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Rechte können Sie im Internet unter <https://www.vg-velden.de/datenschutzinformationen.html> abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Mit meiner/unseren Unterschriften bestätige/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner/unserer Angaben. Den Hinweis des Einrichtungsträgers zum Datenschutz haben wir gelesen und erklären uns damit einverstanden.

Ort:	Datum:	Unterschrift sorgeberechtigte Person 1 (Mutter) ►	
Ort:	Datum:	Unterschrift sorgeberechtigte Person 2 (Vater) ►	
Ort:	Datum:	Unterschrift sorgeberechtigte Person, sonstige ►	