



Angaben zum Kind:			
Name		Vorname	
Straße und Nr.			
PLZ/ Wohnort			
Ggf. Ortsteil			
Gemeinde			
Telefon			
Geburtsdatum		Geburtsort/Land	
Geschlecht	w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/>	Konfession	
Staatsangehörigkeit			
Welche Sprache spricht das Kind ? deutsch <input type="radio"/> sonstiges <input type="radio"/> (bitte angeben) _____			
Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht			ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welche? (bitte angeben) _____			
Vornamen und Geburtsdatum der Geschwister*			
1.	geboren am: _____		
2.	geboren am: _____		
3.	geboren am: _____		
4.	geboren am: _____		
Angaben zur Gesundheit/ Gesundheitsversorgung:			
Kinderarzt/ Hausarzt des Kindes der im Bedarfsfall konsultiert werden kann -im Notfall auch jeder andere Arzt-			
Name		Telefon	
Anschrift			
Name der Krankenkasse/Krankenversicherung*			
Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit oder Konstitution des Kindes (z.B. Allergien, chronische Krankheiten, etc.)			
Sonstige Angaben zum Kind:			
Für das Kind besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe nach §53 Abs.1 SGB XII ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Bescheinigung gültig bis: _____			
Das Kind soll vorzeitig eingeschult werden ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> noch nicht bekannt <input type="radio"/>			
Das Kind ist von der Aufnahme in die Grundschule nach Art.37 Abs.2 Bay EUG zurückgestellt ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> noch nicht bekannt <input type="radio"/>			
Angaben zur gewünschten Betreuung:			
Gewünschter Betreuungsbeginn:		Oktober <input type="radio"/>	Januar <input type="radio"/>
		April <input type="radio"/>	Juli <input type="radio"/>
Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Ihre Wünsche bei der Platzvergabe nach Möglichkeit berücksichtigt werden, jedoch keine Garantie dafür gegeben werden kann, dass diese voll und ganz erfüllt werden. Da die Zahl der von uns zu betreuenden Kinder begrenzt ist, kann es ggf. zu Wartezeiten kommen.			
Gewünschte Betreuungszeiten			
Montag:	von _____ Uhr bis _____ Uhr		
Dienstag:	von _____ Uhr bis _____ Uhr		
Mittwoch:	von _____ Uhr bis _____ Uhr		
Donnerstag:	von _____ Uhr bis _____ Uhr		
Freitag:	von _____ Uhr bis _____ Uhr		

Bei dem mit * gekennzeichneten Feldern handelt es sich um gesondert erbetene freiwillige Angaben.
Bitte Formular in DRUCKBUCHSTABEN LESERLICH ausfüllen.



Angaben zur Mutter:			
Name		Vorname	
Straße und Nr.			
PLZ/ Wohnort			
Ggf. Ortsteil			
Emailadresse			
Telefon			
Geburtsdatum		Geburtsort/Land	
Geschlecht	w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/>	Konfession	
Staatsangehörigkeit			
Beruf *			
Sorgeberechtigt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
Angaben zum Vater:			
Name		Vorname	
Straße und Nr.			
PLZ/ Wohnort			
Ggf. Ortsteil			
Emailadresse			
Telefon			
Geburtsdatum		Geburtsort/Land	
Geschlecht	w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <input type="radio"/>	Konfession	
Staatsangehörigkeit			
Beruf *			
Sorgeberechtigt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
Angaben zur Abholberechtigung:			
Neben den oben genannten Personensorgeberechtigten sind zur Abholung des Kindes berechtigt: (Bitte zu jeder Person vollständigen Namen, Adresse und Telefonnummer angeben)			
	Name:	Adresse:	Telefon:
1.			
2.			
3.			
4.			
Einverständniserklärungen: (Voraussetzung für das Zustandekommen eines Betreuungsvertrages)			
Ich/Wir erklären uns einverstanden mit:			
dem Schutzkonzept <input type="radio"/> der Hausordnung <input type="radio"/> der Konzeption <input type="radio"/> dem Leitbild <input type="radio"/>			
Terminvergabe- Angaben zur Verfügbarkeit: (bitte ankreuzen/ Mehrfachnennung möglich)			
09.03.2026	vormittags (9.00-12.00)	<input type="radio"/>	nachmittags (12.30-16.00) <input type="radio"/>
10.03.2026	vormittags (9.00-12.00)	<input type="radio"/>	nachmittags (12.30-16.00) <input type="radio"/>
11.03.2026	vormittags (9.00-12.00)	<input type="radio"/>	nachmittags (12.30-16.00) <input type="radio"/>

Wichtig: Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin den Impfausweis und das U-Heft Ihres Kindes mit!

Ich /Wir versichern, dass die von mir/uns gemachten Angaben wahr und vollständig sind.

Ort/ Datum:

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten: