



Die Kindertagesstätten der Gemeinde Ranstadt



- ANMELDUNG**, gewünschte Aufnahme ab dem: 1. ____ . 20 ____ .
Eine Aufnahme erfolgt zum nächstmöglichen Zeitpunkt ab dem gewünschten Datum.
Eine verbindliche Zusage erhalten Sie in einem separaten Bescheid. Die Anmeldung garantiert nicht eine Aufnahme zum gewünschten Termin!

- ÄNDERUNG** zum 1. ____ . 20 ____

für die Kindertagesstätte:

Kita Abenteuerland Ranstadt
Kita Sonnenhügel Ranstadt OT Dauernheim

für folgendes Kind:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Nationalität: _____

Sprache: _____

Konfession: _____

(Melde-) _____

Anschrift: _____

Angaben zu Eltern bzw. Vormund:

Familienstand: ledig verh. gesch.

Sorgerecht: Mutter Vater gemeinsam Sonstige: _____

	1. Erziehungsber.	2. Erziehungsber.
Nachname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Geburtsort:	_____	_____
Nationalität:	_____	_____
Konfession:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Arbeitsstelle:	_____	_____
Tel. privat:	_____	_____
Tel. dienstl.:	_____	_____
Tel. Mobil:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Zugang Kitaplust Elternapp:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ja <input type="checkbox"/> nein
Personenbezogene Daten dürfen per E-Mail Versand werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber- bescheinigung:	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird verzichtet	<input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> wird verzichtet
Ggf. abweichende Meldeanschrift:	_____	_____

Bitte beachten Sie, dass die Angabe einer E-Mailadresse verpflichtend ist. Zudem bitten wir Sie zu beachten, dass eine Arbeitgeberbescheinigung essentiell zur Bewertung des benötigten Betreuungsumfangs und einer möglichen Betreuung im Notbetrieb ist. Das nicht einreichen kann zu Ihren Lasten gehen.

Angaben zum Kinderarzt, zur Notfallbenachrichtigung und dem Gesundheitsstatus

Krankenkasse des Kindes: _____

Kinderarzt: _____
Anschritt: _____
Tel.: _____

Im Notfall ist zu benachrichtigen 1. Erziehungsber. 2. Erziehungsber.

Ansprechpartner bei Notfall (ausgenommen Erziehungsberechtigte/Vormund):

Nachname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Tel.:	_____	_____
Anschritt:	_____	_____

Vorab für Sie zur Information:

Für die Aufnahme Ihres Kindes ist es gemäß § 20 Abs. 9 IfSG verpflichtend, dass ein Nachweis über einen altersentsprechenden Masernschutz vorgelegt wird. Diesen Nachweis müssen Sie erst zu einem **späteren Zeitpunkt** (wenn Sie den Aufnahmebescheid erhalten) vorlegen. Um Ihnen bereits jetzt die Möglichkeit zu geben, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen, haben wir Ihnen die Impfbescheinigung im Sinne des § 2 KiGeschSchG HE bzw. § 20 Abs. 9 IfSG angehängt. Sie werden diese Impfbescheinigung mit dem Aufnahmebescheid erneut erhalten.

Handelt es sich bei Ihrem Kind um ein Integrationskind? ja nein

Besondere Anforderungen an die Betreuung des Kindes, die sich aus seinem Gesundheitszustand ergeben (z.B. Allergien, Diabetes etc.):

Angaben zu Geschwisterkindern

Sind bereits Geschwisterkinder in der Einrichtung angemeldet? Ja Nein

Kindertages-
stätte:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Kindertages-
stätte:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Kindertages-
stätte:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

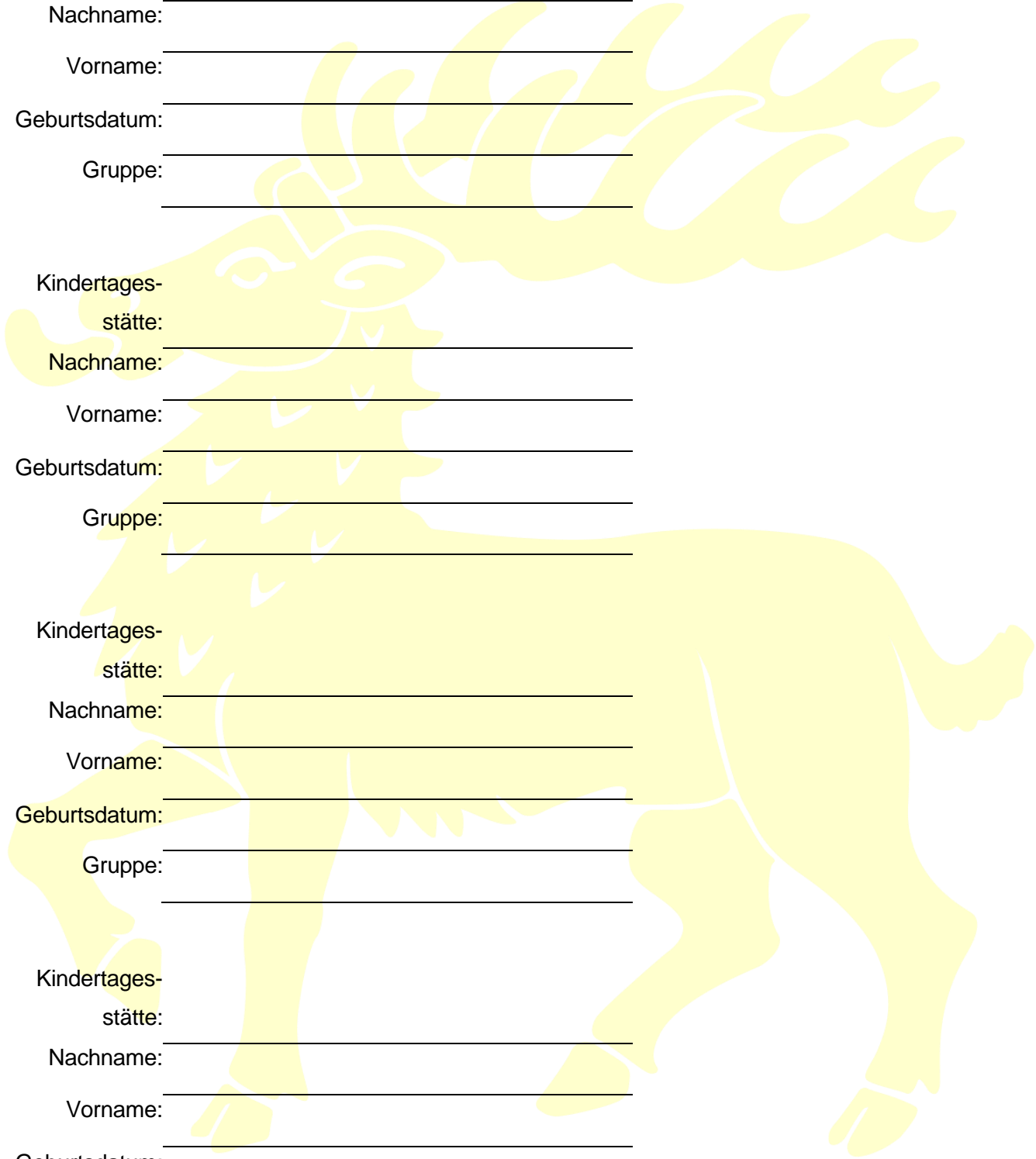
Kindertages-
stätte:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____



Gewünschte Betreuung / Modulplanung (bitte ankreuzen!):

1. Das Basismodul ist als Pflichtmodul zu buchen

2. Eine Befreiung des Kostenbeitrags des Basismoduls erfolgt ab dem dritten Lebensjahr, soweit diese das Land Hessen gewährt.

3. Eine Änderung des Moduls ist jeweils zum 01.01., 01.04, 01.07., 01.10. kostenlos möglich.

4. Die Kosten der einzelnen Module können der aktuellen Kitakostensatzung entnommen werden.

Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Basismodul (7:00 - 12:30 Uhr)					
Mittagsmodul (inkl. Mittagessen) (12:30 - 13:30 Uhr)					
Nachmittagsmodul 1 (außer freitags) (13:30 – 15:00 Uhr)					
Nachmittagsmodul 2 (außer freitags) (13:30 – 16:30 Uhr)					

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Dem automatischen Bankeinzug der anfallenden Gebühren stimme(n) ich/wir zu!

Erklärung des/der gesetzlichen Vertreter(s):

Ich/Wir habe(n) die Satzung über die Betreuung von Kindern in der Tageseinrichtung für Kinder in der Gemeinde Glauburg und die dazugehörige Kostenbeitragssatzung mit den enthaltenen Hinweisen zum Datenschutz gelesen und erkennen diese an. Ich/Wir bestätigen, dass wir die Belehrung des Robert-Koch-Instituts nach § 34 Abs. 5 Satz des Infektionsschutzgesetzes zur Kenntnis genommen haben; § 9 der Betreuungssatzung bleibt unberührt.

Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben und werden die Leitung der Tageseinrichtung bei Änderungen umgehend schriftlich informieren. Mir/Uns ist bekannt, dass man sich bei Fragen an die Leitung der Kindertagesstätten Abenteuerland & Sonnenhügel sowie den Fachbereich Ordnung wenden kann.

Umfang der Datenerhebung und -speicherung

Um den Service der Anmeldung für ein Betreuungsangebot in Ranstädter Kindertageseinrichtungen nutzen zu können, sind einige personenbezogene Daten erforderlich. Ihre Daten werden zweckgebundenen nur für die Anmeldung Ihres Kindes in einer Kindertageseinrichtung in Ranstadt erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an Dritte erfolgt nicht.

Auskunftsrecht- und Widerrufsrecht

Gemäß § 18 Abs. 3 HDSG teilt die datenverarbeitende Stelle die personenbezogenen Daten, die automatisiert gespeichert werden, den Betroffenen auf Antrag gebührenfrei mit. Sie können jederzeit Ihre übermittelten Daten ohne Angabe von Gründen sperren, berichtigen oder löschen lassen. Ebenso können Sie jederzeit die uns erteilte Einwilligung zur Datenerhebung und Verarbeitung ohne Angaben von Gründen widerrufen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift aller Erziehungsberechtigten)

Interne Vermerke (wird vom KiTa-Personal ausgefüllt!):

Posteingang	Anmeldung vollständig?	Kind aufgenommen?	Kind auf Warteliste?	Anmeldung weitergeleitet an Verwaltung?

!!!!Bitte Datum und Unterschrift bzw. Handzeichen eintragen. Mündliche Zusagen sind unzulässig!!!!

Weitere Vermerke:	

Impfbescheinigung gemäß § 2 Kindergesundheitsschutzgesetz Hessen (KiGesSchG HE)

zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum:

Adresse:

Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt:

Ja Nein

Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.:

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

Ja Nein

Impfungen gegen folgende Krankheiten **fehlen** o. wurden **unvollständig** durchgeführt:

Tetanus
Diphtherie
Kinderlähmung

Keuchhusten
Hib
Masern

Mumps
Röteln
Windpocken

Hepatitis B
Pneumokokken
Meningokokken C

Rotavirus

Ort,

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Arztstempel

Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind.

Ich möchte **nicht**, dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden.

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind deshalb nach §§28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Datum

Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum:

Adresse:

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:

2 Masernimpfungen*

1 Masernimpfung**

Immunität gegen Masern***

Befreiung von einer Masern-Impfung:

Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:

--	--	--	--	--	--	--	--

Ort,

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Arztstempel

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr

** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr

*** serologischer Labornachweis