



Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular an: hanna.lemke@pfennigparade.de

Gewünschte Aufnahme in:

- Waldkindergarten, München-Oberföhring
- Kindergarten mit integrativer Kooperation, München, Oberföhringer Str.-150
- Hort mit integrativer Kooperation, München, Oberföhringer Str. 150

Mein Kind benötigt einen Integrationsplatz: ja nein

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: _____

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:

- Andere Eltern
- Arzt/Ärztin, TherapeutIn, welche?
- Frühförderstelle, welche?
- Andere Einrichtung, welche?
- Ausgelegtes Informationsmaterial, wo?
- Internet
- Zeitungsanzeige, welche?

Name und Vorname des Kindes:		lebt <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> beim Vater	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:			
Telefonnummer:		Fax:	E-Mail:
Name Elternteil 1:			Geburtsdatum:
Anschrift:			
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:			ganztags / halbtags
Arbeitgeber:			
Name Elternteil 2:			Geburtsdatum:
			geborene:
Anschrift:			
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:			ganztags / halbtags
Arbeitgeber:			

Geschwister:	Name:	Geburtsjahr:
evtl. andere Erziehungsberechtigte oder BetreuerInnen	Name / Anschrift / Telefonnummer:	

Bisher in der Krippe/Kindergarten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit wann und wo?
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)		
Medikamente:		
Kinderarzt	Name:	Anschrift/Telefon:

bisherige Klinikaufenthalte, etc.		
Krankenkasse Privat / gesetzlich	Name	Anschrift
Zusatzversicherung	Name	Versicherte/r
Gewünschte Aufnahme	Datum	
Warum möchten Sie Ihr Kind in eine integrative Kindergruppe geben?		

Unterlagen für Aufnahme unbedingt erforderlich (in Kopie)	<input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches <input type="checkbox"/> Berichte über bisherige Klinikaufenthalte, Frühförderung, SPZ, Psychologen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
---	---

Die Erhebung und die Nutzung der Kind- und familienbezogenen Daten erfolgen unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (§ 35 SGB I; §§ 62 – 65, 83 und 84 SGB VIII; §§ 67 – 78 SGB V).

Wir weisen darauf hin, dass ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz in unserer Einrichtung erst entsteht, wenn ein Betreuungsvertrag zwischen den Eltern und dem Trägervertreter abgeschlossen wurde.

Ort, Datum

Unterschrift