



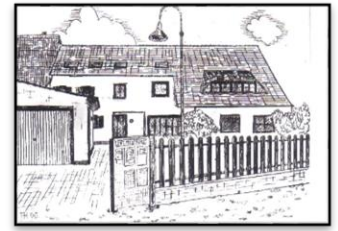
Kindertagesstätte „Am Effenkranz“

Körnerstrasse 14

55234 Eppelsheim

Tel. 06735/1391

Email: [gemeinde-kindergarten-epfelsheim.de](mailto:gemeinde-kindergarten-epfelsheim.de)



## Anmeldung für die Kindertagesstätte „Am Effenkranz“ in der Ortsgemeinde Eppelsheim

### Angaben zum Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit
Straße   Haus-Nr.	Ort   PLZ
Religion/Konfession (freiwillige Angabe)	
<b>Schutzimpfungen (jeweils das letzte Datum)</b>	
<input type="radio"/> DIPHTHERIE	<input type="radio"/> MASERN
<input type="radio"/> GELBSUCHT	<input type="radio"/> MUMPS
<input type="radio"/> KEUSCHHUSTEN	<input type="radio"/> PARATYPHUS
<input type="radio"/> KINDERLÄHMUNG	<input type="radio"/> TYPHUS
	<input type="radio"/> RÖTELN
	<input type="radio"/> TUBERKULOSE
	<input type="radio"/> WINDPOCKEN
	<input type="radio"/> TETANUS (WUNDSTARRKRAMPF)
<b>Bestehen besondere körperliche und/oder geistige Beschwerden/Beeinträchtigungen?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?	
<b>Liegen Lebensmittelunverträglichkeiten vor?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?	
<b>Bestehen Allergien?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche bzw. gegen welches Allergen?	

### 1. Personenberechtigte/r

<input type="checkbox"/> Gemeinsame Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht (bitte Sorgerechtserklärung beifügen)	
Familienname 1. Personenberechtigte/r	Vorname/n 1. Personenberechtigte/r	
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort	
E-Mail	Telefon	Geburtsdatum
Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges		
Berufstätig bzw. in Ausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis Uhr
Arbeitgeber/in (freiwillige Angabe)	Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)	

## 2. Personenberechtigte/r

Familiename 2. Personenberechtigte/r		Vorname/n 2. Personenberechtigte/r		
Straße   Hausnummer		PLZ   Ort		
E-Mail	Telefon	Geburtsdatum		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> sonstiges				
Berufstätig bzw. in Ausbildung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		von	bis	Uhr
Arbeitgeber/in (freiwillige Angabe)		Telefon dienstlich (freiwillige Angabe)		

Anzahl der Geschwister:

Geschwisterkind in der Einrichtung:  ja  nein

### Betreuungswunsch/ Begründung einer Dringlichkeit

7.30 Uhr – 12.00 Uhr <input type="checkbox"/>	7.30 Uhr – 16.30 Uhr <input type="checkbox"/>
7.30 Uhr – 14.30 Uhr inkl. Mittagessen <input type="checkbox"/>	(inkl. Mittagessen)

Ihr gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

### Wird das Kind aktuell Familien extern betreut?

- Ja, in einer Kindertageseinrichtung  
 Ja, in der Kindertagespflege  
 nein

**Wir nehmen Ihren Antrag in eine Warteliste auf und werden Sie benachrichtigen, wenn für Ihr Kind ein Platz zur Verfügung steht.**

Ort/Datum

Unterschrift 1. Personenberechtigter

Unterschrift 2. Personenberechtigter