

# Aufnahmeantrag

Evang.-Luth. Kindergarten  
„Apostelkirche“  
Fax: 08431-3994452  
Wittenbergstraße 1  
86633 Neuburg a.d. Donau

Tel. 08431-9527

e-mail: Kita.apostelkirche.neuburg@elkb.de

**Name des Kindes:** ..... Geburtstag: .....

Straße, Haus-Nr. : .....

PLZ, Wohnort : ..... Telefon: .....

Konfession (Religion): ..... Staatsangehörigkeit: .....

Welche Sprache/n spricht das Kind? .....

## Hat Ihr Kind Anspruch auf Eingliederungshilfe wegen Behinderung oder drohender Behinderung nach SGB 12 ?

Nein

Ja. Der Eingliederungsbedarf wurde festgestellt von: .....

Art der Behinderung: .....

## Personensorgeberechtigte/Eltern:

Personensorgeberechtigte/**Mutter**:

Personensorgeberechtigter/**Vater** \*):

Name .....

Name .....

Vorname .....

Vorname .....

geb. am .....

geb. am .....

Konfession (Religion): .....

Konfession (Religion) .....

Staatsangehörigkeit .....

Staatsangehörigkeit .....

Geburtsland/-ort: .....

Geburtsland/-ort: .....

.....

.....

Arbeitsplatz.....

Arbeitsplatz .....

Tel. tagsüber erreichbar\*) .....

Tel. tagsüber erreichbar \*) .....

## Geschwister:

Name: ..... geb. am .....

\*) Änderungen bitte umgehend schriftlich mitteilen

**Gewünschte Aufnahme ab .....**

**Gewünschte Betreuungszeiten** (zutreffendes bitte ankreuzen):

7.00 – 12.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	8.00 – 12.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
7.00 – 13.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	8.00 – 13.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
7.00 – 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	8.00 – 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
7.00 – 15.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	8.00 – 15.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
7.00 – 16.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	8.00 – 16.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
7.00 – 17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	8.00 – 17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
12.00 – 17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	13.00 – 17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>

**Das Kind ist bereits oder wird noch in folgenden Kindertagesstätten vorgemerkt:**

.....

**Was sollten wir noch wissen?**

(z.B. chronische Krankheiten, Dringlichkeitsgründe für die Aufnahme, gewünschte Gruppe...)

.....  
.....  
.....

**Hausarzt bzw. Kinderarzt:** .....

**Krankenkasse der Eltern :** .....

**Abholberechtigte Personen:** .....  
.....  
.....

Dieser Antrag dient lediglich zur Erfassung der Kinder, die einen Kindergartenplatz in unserer Einrichtung wünschen. Daraus leitet sich kein Anspruch auf einen Platz in unserer Einrichtung ab und die Eltern machen keine Zusage zur verbindlichen Anmeldung in unserer Einrichtung. Die Aufnahme des Kindes gilt erst mit Abschluss des Betreuungsvertrages als verbindlich für beide Seiten. Wenn notwendig, wird die Kindertageseinrichtung die Daten an Träger anderer Tageseinrichtungen im Stadt- oder Gemeindegebiet zum Zwecke des Datenabgleichs übermitteln.

**Wir bitten um Mitteilung, falls der Betreuungsplatz nicht mehr benötigt wird!**

**Neuburg a.d. Donau, den .....**

.....  
**Unterschrift der Erziehungsberechtigten**