

## Anmeldeformular für einen Krippenplatz

### 1. Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Überstandene Krankheiten: \_\_\_\_\_

Allergien und ähnliches: \_\_\_\_\_

Hausarzt des Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### 2. Es wird die Aufnahme gewünscht ab: \_\_\_\_\_ in der

- Krippe der DRK-Kindertagesstätte Holzwurm, Witten Door 4, 49406 Barnstorf  
(mtl. Kosten Mittagessen 52,50 €)
- Krippe der DRK-Kindertagesstätte Villa Kunterbunt, Heinestraße 25, 49406 Barnstorf  
(mtl. Kosten Mittagessen 52,50 €)
- Krippe des IGEL e.V., Dr. Rudolf Dunger Straße 1, 49406 Barnstorf  
(mtl. Kosten Mittagessen 65,00 €)
- Krippe der Ev.-luth. Kindertagesstätte ‚Thriburi‘ Drebber, Am Friedhof 1, 49457 Drebber  
(mtl. Kosten Mittagessen 52,50 €)

Für den Fall, dass eine Aufnahme in die gewünschte Krippe nicht möglich ist,  
bin ich / sind wir mit der Aufnahme in eine andere Krippe

einverstanden  nicht einverstanden

### 3. Gewünschte Betreuungszeit (mit Mittagessen)

Kernbetreuungszeit täglich 4 Stunden von 8.30 -12.30 Uhr oder 8.00 – 12.00 Uhr

erweiterte Betreuung von 7.30 – 8.30 Uhr, 12.30 – 14.00 Uhr

Drebber: 7.30 – 8.30 Uhr, 12.30 – 13.00 Uhr oder 14.00 Uhr

Platzsharing an 2 oder 3 Tagen (je Gruppe nur 2 Plätze vorhanden):

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

Ich benötige darüber hinaus erweiterte Betreuungszeiten: \_\_\_\_\_

### 5. Bemerkungen zum Kind oder zur Familiensituation / zum Betreuungsumfang

---

---

---

---

Ist Ihr Kind geimpft?

- Ja       Nein  
 Vorlage Impfausweis  
 Vorlage Bescheinigung § 34 Abs. 10a IfSG

Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung vor? Welche?

\_\_\_\_\_

Wird Ihr Kind medizinisch oder therapeutisch betreut (z.B. Frühförderung, Sprachtherapie, Krankengymnastik)?

\_\_\_\_\_

6. Geschwister: Anzahl: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

7. Angaben zu den Sorgeberechtigten:

	Mutter		Vater	
Familienname	_____		_____	
Vorname	_____		_____	
Geburtsdatum	_____		_____	
Staatsangehörigkeit	_____		_____	
Anschrift	_____		_____	
Familienstand				
Verheiratet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
In eheähnlicher Gemeinschaft lebend	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Elternzeit	<input type="checkbox"/> ja bis _____		<input type="checkbox"/> ja bis _____	
Vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitszeit einschl. Fahrzeit	von	bis	von	bis
Beruf	_____		_____	
Arbeitgeber	_____		_____	

In Notfällen zu erreichen:

Privat: \_\_\_\_\_ Am Arbeitsplatz : \_\_\_\_\_

Sollten sich Änderungen zu Ihren o.a. Daten ergeben, teilen Sie diese bitte umgehend mit. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben bzw. nicht mehr vorliegende Voraussetzungen für die Aufnahme in den Kindergarten bzw. in eine bestimmte Gruppe auch nach Vergabe eines Kindergartenplatzes zum Verlust dieses Platzes bzw. zur Versetzung in eine andere Gruppe führen können.

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der Sorgeberechtigten