



Verbandsgemeinde  
Wissen

# Aufnahmeantrag

für den Besuch  
einer kommunalen Kindertagesstätte  
der Verbandsgemeinde Wissen

Eingang [Datum]  
Kindertagesstätte:

\_\_\_\_\_

## 1 Der Aufnahmeantrag wird gestellt für den Besuch der Kindertagesstätte

- „Villa Kunterbunt“ (Hachenburger Straße 121, 57537 Wissen-Köttingen)
- „Lummerland“ (Stadionstraße 37, 57537 Wissen)
- „Löwenzahn“ (Barbarastraße 7, 57581 Katzwinkel)  Waldgruppe Wisserland (bitte Zusatzblatt ausfüllen)
- „St. Elisabeth“ (Hüllstraße 24, 57587 Birken-Honigsessen)
- „St. Katharina“ (Brixiusstraße 17, 57537 Wissen-Schönstein)
- Es erfolgte auch eine Anmeldung in einer anderen KiTa: \_\_\_\_\_

2 **Gewünschter Aufnahmeterrmin:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [Monat/Jahr]

**Aufnahme zum:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [wird von Kindertagesstätte ausgefüllt!]

## 3 Gewünschter Kindertagesstättenplatz

- 7-Stunden-Betreuung (ohne Mittagessen, Unterbrechung des Einrichtungsbesuchs über Mittag)
- 7-Stunden-Betreuung (mit Mittagessen, Angebot nur in der Kindertagesstätte „Lummerland“)
- Ganztagsplatz (mit Mittagessen)

## 4 Personalien des Kindes

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

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Bekenntnis: \_\_\_\_\_

Besuchte das Kind bis-  
her eine andere KiTa?  Nein  Ja; Welche Einrichtung? [Name, Anschrift, Telefon]

\_\_\_\_\_

**5 Angaben zu den Erziehungsberechtigten**

**5.1 Vater:** Name: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_  
Muttersprache/sonstige: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat/Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**5.2 Mutter:** Name: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_  
Muttersprache/sonstige: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat/Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**5.3 Familiensituation:**  ledig  verheiratet  getrennt lebend  
 geschieden  verwitwet  in (neuer) Lebensgemeinschaft

**5.4 Anzahl der in der Familie lebenden Kinder** [inklusive des anzumeldenden Kindes]

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergeldbezug	
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**6 Angaben nur bei Alleinerziehenden**

Wem steht das Personensorgerecht zu?

- Beiden       Vater       Mutter  
 Anderen; Wem? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten im Besuchsrecht?

\_\_\_\_\_ [Angabe freiwillig]

**7 Angaben zu einer (neuen) Lebensgemeinschaft**

Personalien des/der (neuen) Lebenspartners/Lebenspartnerin [Angaben freiwillig].

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_  
Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**8 Gesundheit**

**8.1 Überstandene Krankheiten des Kindes:**

- Diphtherie       Gelbsucht       Keuchhusten  
 Kinderlähmung       Masern       Mumps  
 Paratyphus       Röteln       Scharlach  
 Tuberkulose       Typhus       Windpocken  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**8.2 Schutzimpfungen:**

- Diphtherie       Masern       Keuchhusten  
 Kinderlähmung       Tuberkulose  
 Tetanus; Impftermin(e): \_\_\_\_\_ [Datum]  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**8.3 Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_  
Praxis: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_

**8.4 Krankenversicherung:**

Krankenversichert über  Vater       Mutter       Sonstige

## 9 Wichtige Zusatzangaben zum Kind

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Diese Angaben helfen uns jedoch, die Entwicklung Ihres Kindes genauer zu beobachten.

Wie verlief die Schwangerschaft?\*

Normal  mit Komplikationen; Welcher Art?

\_\_\_\_\_

Wie waren die Apgar-Werte bei der Geburt?\*

Nein  Ja; Was für eine Behinderung?

\_\_\_\_\_

Liegt eine Behinderung vor?

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein  Ja\*\*

\*\* Bitte Formular „Medikamentengabe“ in der Kindertagesstätte anfordern.

Benötigt Ihr Kind Notfallmedikamente?

Nein  Ja\*\*

\*\*\* Bitte ärztliches Attest vorlegen.

Liegen Allergien vor?

Nein  Ja\*\*\*; Was für Allergien?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihrem Kind sonstige Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen?

Nein  Ja\*\*\*; Was für Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegen Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten vor?

Nein  Ja\*\*\*; Welche Unverträglichkeiten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befindet sich das Kind in therapeutischer Behandlung?

Nein  Ja; In welcher?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist das Kind oder ein Familienangehöriger an Epilepsie erkrankt?

Nein  Ja; Bei wem, seit wann und unter welchen Umständen trat das Symptom zum ersten Mal auf?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10 Notfalladresse und Notfalltelefon

Falls beide Elternteile nicht erreichbar sind, ist/sind nebenstehende Person(en) zu benachrichtigen.  
[Name, Vorname, Telefon]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige(n) wir/ich die Anmeldung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten]