

AE AB Va AB Mu Vorlage Ausweis Mu Va

Notiz: _____

Teilnahmekarte vorgelegt: ja nein anderer Nachweis
(auszufüllen von der Kindertageseinrichtung)



**AWO Kinder und Jugend
gemeinnützige GmbH**

Ein Unternehmen der
Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband Dachau e.V.

Kreisgeschäftsstelle
Rudolf-Diesel-Str. 1
85221 Dachau

www.awo-dachau.de

Anmeldeformular AWO Kindergarten in Weichs

Stempel der Einrichtung

Ihre Daten werden unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert und zur Bearbeitung an die jeweils befugten Stellen weitergeleitet. Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus. Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, alle Angaben wahrheitsgetreu geleistet zu haben.

Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____

Geschlecht: weiblich männlich Deutsche Sprachkenntnisse des Kindes: ja wenig nein

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____

Name und Geburtsdatum von evtl. Geschwisterkindern: _____

Zuletzt besuchte Einrichtung: _____

Nachweis der Masernimpfung beim Kind erbracht (Muss dem pädagogischen Personal vorgelegt werden!):

ja erste Impfung erfolgte am: _____ nein geplanter Impftermin: _____

zweite Impfung erfolgte am: _____

Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Anschrift		
Geburtsland		
Telefon		
Mobil		
E-Mail		
berufstätig	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit mit _____ Std./Woche <input type="radio"/> Schichten <input type="radio"/> geplant ab _____	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit mit _____ Std./Woche <input type="radio"/> Schichten <input type="radio"/> geplant ab _____
Sorgeberechtigt	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> beide _____ andere/r Personensorgeberechtigte/r	

In welcher Stadt/Gemeinde sind Sie mit dem Hauptwohnsitz gemeldet? _____

Ist ein Umzug nach Weichs geplant, wenn Ja, zu welchem Zeitpunkt? _____

Bitte geben Sie hier an, wenn Ihr Kind von der Frühförderstelle betreut wird, oder sich in anderweitiger therapeutischer Behandlung befindet/eine chronische Erkrankung aufweist:

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: _____ Alternative: _____

Sonstige Angaben: _____

Folgende Buchungszeiträume können in Anspruch genommen werden:

4-5 Std.	5-6 Std.	6-7 Std.	7-8 Std.	8-9 Std.	9-10 Std.
199,00 €	219,00 €	241,00 €	266,00 €	293,00 €	323,00 €
Kinder unter drei Jahren					
4-5 Std.	5-6 Std.	6-7 Std.	7-8 Std.	8-9 Std.	9-10 Std.
352,00 €	387,00 €	425,00 €	468,00 €	515,00 €	567,00 €

Zuzüglich: Mittagessen nach Verbrauch 4,30€ pro Portion, Getränke pro Monat 3,50 €, Spielegeld pro Monat 7,00 €

Es besteht eine Mindestbuchungszeit von 20 Stunden/Woche. Bitte beachten Sie bei der Planung Ihrer Betreuungszeit die jeweilige pädagogische Kernzeit der Einrichtung und der Gruppe. Die Angabe der Betreuungszeiten ist verbindlich.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
von					
bis					
Stunden täglich					

Gesamtstunden wöchentlich: _____ Stunden pro Tag (Wochenstunden ÷ 5 Tage): _____

Datum/Unterschrift: _____

Hinweis: Bitte achten Sie darauf, alle für die Aufnahme des Kindes notwendigen Nachweise fristgerecht vorzulegen!

- Bei Eltern ausländischer Herkunft: Nachweis zum Geburtsort/-land (Vorlage des Personalausweises oder der Geburtsurkunde)
- Nachweis über sonstige erbrachte Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen (Teilnahmekarte aus U-Heft) oder ärztliche Bescheinigung über eine Impfberatung

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Kontoinhaber*in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Unterschrift Kontoinhaber*in: _____