

# Anmeldeschein für einen Krippenplatz im Kinderhaus der Gemeinde Wiesent

## Angaben zum Kind:

Familienname\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße \* \_\_\_\_\_ Wohnort\* \_\_\_\_\_

geboren am\* \_\_\_\_\_ Geburtsort\* \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit\* \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Kind spricht deutsch\*

Geschlecht\*  weiblich

Familiensprache ist nicht deutsch\*

männlich

## Angaben zu den Eltern / Personensorgeberechtigten:

**Mutter**

**Vater**

Anrede / Titel\* \_\_\_\_\_

Familienname\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_

Wohnort\* \_\_\_\_\_

geboren am\* \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit\* \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Familienstand\* \_\_\_\_\_

Telefon privat\* \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich\* \_\_\_\_\_

Handy\* \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit

**Mutter**

Ja\*  
 Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst

Beruf: \_\_\_\_\_

Nein\*

z.Zt. nicht berufstätig\*

wieder berufstätig ab \_\_\_\_\_

**Vater**

Ja\*  
 Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst

Beruf: \_\_\_\_\_

Nein\*

z.Zt. nicht berufstätig\*

wieder berufstätig ab \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt\*  ja  nein  
Alleinerziehend\*  ja  nein  
Alleinlebend  ja  nein

Sorgeberechtigt\*  ja  nein  
Alleinerziehend\*  ja  nein  
Alleinlebend  ja  nein

**Neben den genannten Personensorgeberechtigten sind zur Abholung des Kindes berechtigt:**  
(Bitte zu jeder Person den vollständigen Namen, Adresse und Telefonnummer(n) angeben)

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

**Vorname und Geburtsdatum der Geschwister:**

1.	geb. am	weitere Geschwister
2.	geb. am	
3.	geb. am	
4.	geb. am	

**Arzt des Kindes, der im Bedarfsfall konsultiert werden kann:**

Name\* \_\_\_\_\_ Telefon\* \_\_\_\_\_

Anschrift\* \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Bei wem ist das Kind mitversichert? \_\_\_\_\_

**Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit oder Konstitution des Kindes:**

(z.B. Behinderung, Allergien, chronische Krankheiten, etc.) \*

---

---

---

---

Für das Kind besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe nach §53 Abs. 1 SGB XII\*  
Bescheinigung gültig bis \_\_\_\_\_

**Nachweise über erfolgte Masernimpfung(en), Früherkennungsuntersuchungen, Impfschutz /  
Impfberatung:**

**Impfausweis\***  Kopie liegt bei

**letzte U-Untersuchung\***  Kopie liegt bei

**Datum der Masernimpfung(en)\*:** \_\_\_\_\_

**Datum letzte Tetanusimpfung:** \_\_\_\_\_

**Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? (Name, Adresse, Ansprechpartner) \_\_\_\_\_

---

Ja, ich willige ein, Informationen des Kinderhauses Wiesent per E-Mail zu erhalten.

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen:** z.B. Sorgerecht, wenn nicht beide Elternteile sorgeberechtigt sind, ...

---

---

---

\* Pflichtangabe

Personenbezogene Daten werden von Verantwortlichen ausschließlich zur Durchführung des Bildungs- und  
Betreuungsvertrages verarbeitet.

Die gemeinsame Datenschutzbeauftragte des Landkreises Regensburg ist erreichbar unter:

Altmühlstr.3

93059 Regensburg

0941/4009-262

datenschutz@landratsamt-regensburg.de

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten