

# Voranmeldung für das Kindergartenjahr/Krippenjahr/Hortjahr 2024/2025

für  den Kindergarten \*)  den Hort\*)  
 die Krippe\*)

Wir/ich wünsche/n einen Betreuungsplatz für unser/mein Kind in folgender Kita und kreuze/n diese bei 1. Wahl an:

Für den Fall, dass wir keinen Platz in der gewünschten Einrichtung bekommen, kreuze/n wir/ich an, welche weitere Einrichtung in Frage kommt.

In jeder Spalte (Rang der Wahl) ist nur ein Kreuz möglich!

	1. Wahl	2. Wahl
Evang. Kindertagesstätte Vogelnest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfarr-Kindergarten Heilige Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kath. Kindergarten Seubelsdorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franziskus-Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kath. Kindergarten Maria Theresia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kath. Kinderkrippe St. Christophorus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindertagesstätte „Körbla“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRK-Kindertagesstätte „Am Klinikum“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kath. Kindergarten St. Bernhard Klosterlangheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evang. Kindertagesstätte Haus Löwenzahn Schney	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindertagesstätte „Am Breiten Rasen“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Warum wünschen Sie diese Einrichtung?

## Anmeldedaten

**Nachname** des Kindes:

Geschlecht:

m  w

**Vorname**

Geburtsdatum:

Straße / Nr.:

Postleitzahl/Ort:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Wo ist Ihr Kind zur Zeit untergebracht? \*)

zu Hause

bei Großeltern

bei Tagesmutter

Gewünschtes Aufnahmedatum?

(Beachten Sie das in der Regel die Aufnahme zum Monat September erfolgt!)

Monat und Jahr:

Welche Buchungszeiten wünschen Sie für Ihr Kind<sup>1</sup>? (werden endgültig im Vertrag festgelegt)

Montag bis  
Donnerstag

von

Uhr

bis

Uhr

Freitag

von

Uhr

bis

Uhr

Besteht für Ihr Kind Förderbedarf? Haben Sie Erfahrung mit Frühförderung?

Hat Ihr Kind Anspruch auf Eingliederungshilfe wegen Behinderung oder drohender Behinderung nach § 53 SGB XII? \*)

Ja, der Eingliederungsbescheid liegt vor.  Der Eingliederungsbescheid wird beantragt.

Art der Behinderung:

Wer ist sorgeberechtigt für das Kind?

Eltern

	Mutter	Vater
Name/ Geburtsname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staats- angehörigkeit:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konfession:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobil:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
beste tel. Erreichbarkeit (Zeit von – bis):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sind Sie zur Zeit berufstätig? \*)

Mutter  ja  nein  Aufnahme der Tätigkeit ab(Monat/Jahr):   
Vater  ja  nein  Aufnahme der Tätigkeit ab(Monat/Jahr):

Das Kind ist bereits oder wird noch in folgenden Kindertageseinrichtungen vorgemerkt:

Name und Anschrift der Einrichtung/en

**Einwilligung zum Abgleich der Anmelde Listen mit anderen Kindertageseinrichtungen und der Stadtverwaltung Lichtenfels**

Wir möchten die jeweiligen Anmelde Listen mit den anderen Kindertagesstätten/Stadt abgleichen, um die bei uns vorgenommenen Anmeldungen auf dem aktuellen Stand halten zu können. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie haben selbstverständlich das Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. \*)

Ich bin / wir sind einverstanden.

Ich bin / wir sind nicht einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Bemerkungen:

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen