

## ANMELDEBOGEN – Spielgruppe

### KIND

Nachname:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort:	<input type="text"/>	Staatsangehörigk.:	<input type="text"/>
wird zur Aufnahme in die Spielgruppe im IK Veitshof ab:	<input type="text"/>	angemeldet.	

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE Frau Herr

Nachname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berufstätig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### MEIN KIND IST GEGEN MASERN GEIMPFT:

- ja  
 nein  
 ärztliches Zeugnis über ausreichende Immunität liegt vor

Eine Aufnahme kann nur mit dem Nachweis der Masernimpfung bzw. durch Vorlage eines ärztl. Zeugnis über eine ausreichende Immunität erfolgen.

GESCHWISTER	GEBURTSDATUM	EINRICHTUNG

SONSTIGE VERMERKE (DRINGLICHKEIT, SOZIALE NOTLAGE, GESUNDHEITLICHE AUFFÄLLIGKEITEN, ANDERE BUCHUNGSMÖGLICHKEITEN)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG/DATENSCHUTZ

Ich/wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertagesstätte entsteht erst mit Abschluss der Vereinbarung zwischen Eltern/Personensorgeberechtigten und dem Träger der Einrichtung.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten



Lebenshilfe Freising e.V.  
 Gartenstraße 57  
 85354 Freising  
 Telefon 08161 4830-0  
 Fax 08161 4830-130  
 info@lebenshilfe-fs.de  
 www.lebenshilfe-fs.de