FAMILIENZENTRUM IM STEINPARK

Asamstr. 19
85356 Freising
08161 – 93 66 456
alexandra.voll@lebenshilfe-fs.de
sonja.brombach@lebenshilfe-fs.de

Kontaktformular für ***Kinder mit heilpädagogischen Förderbedarf***

Kind

Nachname: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort _____

Wird zur Aufnahme in das Familienzentrum im Steinpark ab _____ angemeldet

Unser Kind benötigt einen heilpädagogischen Platz in ☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Hort

Personensorgeberechtigte -bitte Angaben für beide Elternteile (falls vorhanden)

	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Nachname:		
Vorname:		
Adresse (falls abweichend von oben)		
Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:		
Telefon:		
E-Mail:		
Familienstand:		
Berufstätig:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Sorgeberechtigt:	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Buchungszeiten

Das Familienzentrum im Steinpark ist geöffnet: Montag bis Donnerstag 7:00 – 17:00 Uhr

Freitag 7:00 – 16:00 Uhr

Wir benötigen für unser Kind voraussichtlich eine Betreuungszeit von: _____ Uhr bis _____ Uhr

Mein Kind ist gegen Masern geimpft

☐ ja
☐ nein
☐ Mein Kind ist aufgrund seines Alters noch nicht geimpft, die Impfung findet voraussichtlich am _____statt.
☐ ein ärztliches Zeugnis über ausreichende Immunität liegt vor.

Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertagesstätte ist ein Nachweis über die erfolgte Masernimpfung oder die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über eine ausreichende Immunität. Ohne Nachweis ist keine Aufnahme möglich (Ausnahme: Kinder unter 12 Monate)

Unser Kind besucht bereits eine Kindertagesstätte

☐ nein
☐ ja/ Name der Einrichtung _____

Geschwister:

Name/geb./Einrichtung _____

Name/geb./Einrichtung _____

Alternative Kindertagesstätte

Name der Einrichtung _____

Bisher durchgeführte Maßnahmen:

_____

_____

Wer hat die Maßnahme vorgeschlagen/verordnet?

_____

_____

Liegen bereits ein ärztliches Attest bzw. Diagnosen vor?

_____

_____

Sonstige Vermerke (Dringlichkeit, soziale Notlage, gesundheitliche Auffälligkeiten, andere Buchungsmöglichkeiten…)

_____

_____

Ich/wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.
Es findet innerhalb aller Kindertagesseinrichtungen im Stadtgebiet Freising einmal jährlich ein Treffen der Leitungen statt, um die Platzvergabe konkret abzusprechen. So werden doppelte Zusagen vermieden und freie Plätze können an andere Kinder vergeben werden.
Ich/wir willige/n ein, dass der Anmeldebogen im Rahmen des Abgleichs zur Platzvergabe an die Leitung einer städtischen Kindertageseinrichtung oder eines freien Trägers weitergegeben werden kann.
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