

Anschrift

**98666 Masserberg**

Gemeinde Masserberg  
Hauptstraße 37  
**98666 Masserberg**

**Antrag auf Inanspruchnahme eines Kindertagesstättenplatzes**

- 2015/2016 (01.08.2015 – 31.07.2016)**
- 2016/2017 (01.08.2016 – 31.07.2017)**

zwecks konkreter Planung zur Auslastung der vorhandenen Plätze in der Kindereinrichtung im OT Masserberg/OT Fehrenbach möchten wir Sie bitten, uns verbindlich mit zu teilen, ob Sie für Ihr Kind im angegebenen Jahr einen Platz in Anspruch nehmen wollen.

**Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formblatt zurück.**

Name des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

telefonische Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bevorzugte Kita Einrichtung OT \_\_\_\_\_

**voraussichtl. Monat der Aufnahme:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Zur Abgabe in der Kita Einrichtung kurz vor Inanspruchnahme des Kita Platzes

**Anmeldung  
für die Kindertagesstätte zum \_\_\_\_\_  
der Gemeinde Masserberg**

**Personalien des Kindes**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdat.: \_\_\_\_\_

Wohnung \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personalien der Erziehungsberechtigten**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wohnung \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**In Notfällen zu erreichen**

Anschrift \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

**Geschwister**

Zahl \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Jahre

**Überstandene Krankheiten**

Masern     Keuchhusten     Scharlach     Diphtherie     übertragbare Kinderlähmung

sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_

**Impfungen** (bitte jeweils Datum angeben)

Pocken  
am: \_\_\_\_\_

übertragbare Kinderlähmung  
am: \_\_\_\_\_

Diphtherie    1. Impfung    2. Impfung    3. Impfung  
am            \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

von Diphtherieimpfung zurückgestellt  
am \_\_\_\_\_

---

**Mit den Aufnahmebedingungen erkläre ich mich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

## Erklärung

Ich versichere hiermit als Erziehungsberechtigter des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Wohnorts

Dass mein Kind an der Früherkennungsuntersuchung **U6** bzw. an einer vergleichbaren Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat.

Dass in der Wohngemeinschaft dieses Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, übertragbare Darmerkrankungen, übertragbare Gelbsucht, übertragbare Hautkrankheiten) nicht vorgekommen ist und das auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt.

Ich verpflichte mich, das Kind sofort vom Besuch der Kindertagesstätte zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt, wird die Leiterin der Kindertagesstätte unbeschadet sonstiger Meldungen unverzüglich benachrichtigt.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift