



Katholische Kindertageseinrichtung St. Marien, Nonnenwall 6, 33378 Rheda-Wiedenbrück

Tel.: 05242/55645

E-Mail: stmarienwiedenbrueck@kath-kitas-mirali.de

Anmeldebogen

1. Angaben zum Kind:		
Nachname:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:		
Geburtsort:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Taufdatum:		
Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> keine		
Nationalität: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> und/oder:	Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	geflüchtetes Kind: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Geschwister und Geburtsjahre:		
2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:		
Mutter Name:	Vater Name:	
Vorname:	Vorname:	
Straße:	Straße:	
PLZ/Ort	PLZ/Ort	
Handynummer:	Handynummer:	
Festnetznummer:	Festnetznummer:	
Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:	
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	
Familienstand:	Familienstand:	
Beruf:	Beruf:	

Arbeitszeit:		Arbeitszeit:		
Arbeitsort:		Arbeitsort:		
Konfession:		Konfession:		
Herkunftsland:		Herkunftsland:		
Nationalität:		Nationalität:		
Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Sonstige:		Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Das Kind lebt im Haushalt von: <input type="checkbox"/> beiden Erziehungsberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> anderen Personen:				
3. Erweiterte Daten zum Kind				
Vorrangige Familiensprache: <input type="checkbox"/> deutsch oder:				
Kann das Kind deutsch sprechen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig				
Kann das Kind deutsch verstehen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig				
Gesundheitsprobleme, Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche:				
Masernimmunität wurde nachgewiesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Masernschutzimpfung: <input type="checkbox"/> 1. & 2. Impfung wurden durchgeführt <input type="checkbox"/> 2. Impfung fehlt <input type="checkbox"/> keine Impfung wurde bisher durchgeführt <input type="checkbox"/> eine Kontraindikation liegt vor, sodass nicht geimpft werden kann				
Hat das Kind bisher Förderung oder Therapien erhalten: <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> sonstige:				
4. Betreuungszeiten:				
Bitte kreuzen Sie das gewünschte Wochenstundenkontingent und ggf. eine Alternative an:				
Erstwunsch	Alternative:	Öffnungszeiten	Betreuungsbedarf/ Wunsch, bitte eintragen	Öffnungszeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Wochenstunden		Mo-Fr 7:30-12:30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden geteilt		Mo-Fr 7:30-12:30 Mo-Do 14:00-16:30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden Block		Mo-Fr 7:00-14:00
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45 Wochenstunden		Mo-Do 7:00-16:30 Fr 7.00-14:00
Ab wann wird der Platz benötigt:				
Begründung für eine dringende Aufnahme:				

Besucht bereits ein Geschwisterkind eine Einrichtung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Sonstiges:		
Sonstiges:		
Mir / uns ist bekannt, dass nach § 12 (ab 01.08.2020 § 5) Kinderbildungsgesetz und im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Kommune, dem Kreis, dem Landschaftsverband Westfalen Lippe und den Kindertageseinrichtungen der Stadt, personenbezogene Anmeldedaten zur Bedarfsplanung ausgetauscht werden.		

Die Verarbeitung meiner/unserer Daten ist erforderlich zur Erfüllung des Betreuungsvertrages gem. § 6 Abs. 1 lit c KDG sowie für dazugehörige, vorvertragliche Maßnahmen.
 Sofern sich aus den personenbezogenen Daten Hinweise auf die rassische und ethnische Herkunft, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gesundheit meines Kindes ergeben, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Information.

Meine/unsere Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, frei widerruflich. Ein Widerruf kann schriftlich erklärt oder per E-Mail an smarienwiedenbrueck@kath-kitas-mirali.de gerichtet werden. Mein/ unser Kind hat durch Nichterteilen der Einwilligung oder durch einen Widerruf keine Nachteile zu befürchten. Die Bewerbungsunterlagen werden spätestens nach 2 Jahre nach der Erstbewerbung gelöscht bzw. vernichtet.

Die allgemeinen Informationen zum Datenschutz der Katholischen Kindertageseinrichtungen Minden-Ravensberg-Lippe gem. GmbH habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

 Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

 Name in Druckbuchstaben

 Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

 Name in Druckbuchstaben