



Verbandsgemeinde  
Wissen

# Aufnahmeantrag

für den Besuch  
einer kommunalen Kindertagesstätte  
der Verbandsgemeinde Wissen

Eingang [Datum]  
Kindertagesstätte:

\_\_\_\_\_

## 1 Der Aufnahmeantrag wird gestellt für den Besuch der Kindertagesstätte

- „Villa Kunterbunt“ (Hachenburger Straße 121, 57537 Wissen-Köttingen)
- „Lummerland“ (Stadionstraße 37, 57537 Wissen)
- „Löwenzahn“ (Barbarastraße 7, 57581 Katzwinkel)  Waldgruppe Wisserland (bitte Zusatzblatt ausfüllen)
- „St. Elisabeth“ (Hüllstraße 24, 57587 Birken-Honigsessen)
- „St. Katharina“ (Brixiusstraße 17, 57537 Wissen-Schönstein)
- Es erfolgte auch eine Anmeldung in einer anderen KiTa: \_\_\_\_\_

2 **Gewünschter Aufnahmeterrmin:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [Monat/Jahr]

**Aufnahme zum:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ [wird von Kindertagesstätte ausgefüllt!]

## 3 Gewünschter Kindertagesstättenplatz

- 7-Stunden-Betreuung (ohne Mittagessen, Unterbrechung des Einrichtungsbesuchs über Mittag)
- Ganztagsplatz (mit Mittagessen)
- Ganztagsplatz mit halber Beitragspauschale (an bis zu 9 Tagen im Monat Betreuung über Mittag mit Mittagessen)

## 4 Personalien des Kindes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

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

Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Bekenntnis: \_\_\_\_\_

Besuchte das Kind bis-  
her eine andere KiTa?  Nein  Ja; Welche Einrichtung? [Name, Anschrift, Telefon]

\_\_\_\_\_

**5 Angaben zu den Erziehungsberechtigten**

**5.1 Vater:** Name: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_  
Muttersprache/sonstige: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat/Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**5.2 Mutter:** Name: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_  
Muttersprache/sonstige: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat/Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**5.3 Familiensituation:**  ledig  verheiratet  getrennt lebend  
 geschieden  verwitwet  in (neuer) Lebensgemeinschaft

**5.4 Anzahl der in der Familie lebenden Kinder** [inklusive des anzumeldenden Kindes]

	Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergeldbezug	
1.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**6 Angaben nur bei Alleinerziehenden**

Wem steht das Personensorgerecht zu?

- Beiden       Vater       Mutter  
 Anderen; Wem? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten im Besuchsrecht?

\_\_\_\_\_ [Angabe freiwillig]

**7 Angaben zu einer (neuen) Lebensgemeinschaft**

Personalien des/der (neuen) Lebenspartners/Lebenspartnerin [Angaben freiwillig].

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_  
Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeitsstelle): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**8 Gesundheit**

**8.1 Überstandene Krankheiten des Kindes:**

- Diphtherie       Gelbsucht       Keuchhusten  
 Kinderlähmung       Masern       Mumps  
 Paratyphus       Röteln       Scharlach  
 Tuberkulose       Typhus       Windpocken  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**8.2 Schutzimpfungen:**

- Diphtherie       Masern       Keuchhusten  
 Kinderlähmung       Tuberkulose  
 Tetanus; Impftermin(e): \_\_\_\_\_ [Datum]  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**8.3 Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_  
Praxis: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_

**8.4 Krankenversicherung:**

Krankenversichert über  Vater       Mutter       Sonstige

## 9 Wichtige Zusatzangaben zum Kind

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig.

Diese Angaben helfen uns jedoch, die Entwicklung Ihres Kindes genauer zu beobachten.

Liegt eine Behinderung vor?

Nein  Ja;

Was für eine Behinderung?

---

---

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein  Ja\*\*

\*\* Bitte Formular „Medikamentengabe“ in der Kindertagesstätte anfordern.

Benötigt Ihr Kind Notfallmedikamente?

Nein  Ja\*\*

\*\*\* Bitte ärztliches Attest vorlegen.

Liegen Allergien vor?

Nein  Ja\*\*\*;

Was für Allergien?

---

---

Bestehen bei Ihrem Kind sonstige Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen?

Nein  Ja\*\*\*;

Was für Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen?

---

---

Liegen Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten vor?

Nein  Ja\*\*\*;

Welche Unverträglichkeiten?

---

---

Befindet sich das Kind in therapeutischer Behandlung?

Nein  Ja;

In welcher?

---

---

Ist das Kind oder ein Familienangehöriger an Epilepsie erkrankt?

Nein  Ja;

Bei wem, seit wann und unter welchen Umständen trat das Symptom zum ersten Mal auf?

---

---

## 10 Notfalladresse und Notfalltelefon

Falls beide Elternteile nicht erreichbar sind, ist/sind nebenstehende Person(en) zu benachrichtigen.  
[Name, Vorname, Telefon]

---

---

---

## Hiermit bestätige(n) wir/ich die Anmeldung

---

---

[Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten]

**Wir/ich erklären uns damit einverstanden, dass die Anmelde Daten (Name, Vorname und Geburtsdatum) zum Zwecke der Bedarfsplanung an andere Kindertagesstätten im Bereich der Verbandsgemeinde Wissen weitergegeben werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**

---

---

[Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten]