



Städt. Kindertagesstätte  
Klingenstraße 41  
69434 Hirschhorn (Neckar)  
Tel.: 06272 / 923 260  
Fax: 06272 / 929 747  
E- Mail: kita@hirschhorn.de

## Anmeldebogen

(\*Die Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig)

### 1. Angaben über das Kind

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

Geschlecht: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\*Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Primär gesprochene Familiensprache zuhause: \_\_\_\_\_

In **Notfällen** telefonisch zu erreichen:

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

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

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

## 2. Medizinische Daten

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse\*: \_\_\_\_\_

Name, unter dem das Kind mitversichert ist: \_\_\_\_\_

### Überstandene Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                                     |                                      |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern                     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Scharlach                  | <input type="checkbox"/> Diphtherie  |
| <input type="checkbox"/> Übertragbare Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Mumps       |
| <input type="checkbox"/> Röteln                     | <input type="checkbox"/> Windpocken  |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                | <input type="checkbox"/> Gelbsucht   |
| <input type="checkbox"/> Typhus                     | <input type="checkbox"/> Paratyphus  |

### Sonstige Krankheiten/ Auffälligkeiten:

Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Impfungen (jeweils Datum angeben)

Tetanus:

1. am: \_\_\_\_\_ 2. am: \_\_\_\_\_ 3. am: \_\_\_\_\_ 4. am: \_\_\_\_\_

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Hepatitis   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> Masern      |
| <input type="checkbox"/> Polio       | <input type="checkbox"/> Mumps       |

### 3. Angaben über die Personensorgeberechtigten und Geschwister

#### a) Angaben über Personensorgeberechtigte

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

Geb.-Name\*: \_\_\_\_\_ Beruf\*: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Konfession\*: \_\_\_\_\_ Geburtsland\*: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit\*: \_\_\_\_\_

**Arbeitsstätte\* mit Tel.-Nr.:**

---

(Bitte für Notfälle unbedingt ausfüllen!)

#### b) Angaben über Personensorgeberechtigte

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

Geb.-Name\*: \_\_\_\_\_ Beruf\*: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Konfession\*: \_\_\_\_\_ Geburtsland\*: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit\*: \_\_\_\_\_

**Arbeitsstätte\* mit Tel.-Nr.:**

---

(Bitte für Notfälle unbedingt ausfüllen!)

**c) Name der Geschwister\***

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Die Kindertagesstätte ist von Mo. - Fr. von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr geöffnet. Innerhalb dieser Öffnungszeiten sind folgende Besuchszeiten möglich:

**Platzwunsch bitte ankreuzen!**

7.30 Uhr - 16.30 Uhr (durchgehend, mit Essensversorgung, das Essen wird mit der Firma „Kids Meal“ abgerechnet)

7.30 Uhr - 13.30 Uhr

**Ich/ Wir wünschen die Aufnahme in die Kita zum:** \_\_\_\_\_  
(Bitte Wunschkdatum angeben)

**Oft wünschen Eltern die Adressen und Telefonnummern anderer Eltern, die Kinder in der Tagesstätte haben. Mit der Weitergabe dieser Daten bin ich**

einverstanden

nicht einverstanden

Hirschhorn (Neckar), den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r