

Antrag auf Vormerkung in den KINDERGARTEN

1. ANGABEN ZU DEN EINRICHTUNGEN

NAME DER EINRICHTUNG NR. 1	NAME DER EINRICHTUNG NR. 2	NAME DER EINRICHTUNG NR. 3

2. ANGABEN ZUM KIND

FAMILIENNAME		VORNAME		M	W	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PLZ	ORT	STRASSE				HAUS-NR.	
KIND IST IM VERPFLICHTENDEN KINDERGARTENJAHR (Kind ist im Zeitraum 1. 9. 2009 bis 31.8.2010 geboren)							
<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN				
ERSTSPRACHE							
<input type="checkbox"/>	DEUTSCH	<input type="checkbox"/>	FRANZÖSISCH	<input type="checkbox"/>	ARABISCH	<input type="checkbox"/>	ALBANISCH
<input type="checkbox"/>	TÜRKISCH	<input type="checkbox"/>	RUSSISCH	<input type="checkbox"/>	ENGLISCH	<input type="checkbox"/>	BOSNISCH
<input type="checkbox"/>	KROATISCH	<input type="checkbox"/>	SERBISCH	<input type="checkbox"/>	UNGARISCH	<input type="checkbox"/>	ANDERE
STAATSANGEHÖRIGKEIT	HERKUNFTSLAND	RELIGION			ANZAHL DER GESCHWISTER		
WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?		<input type="checkbox"/>	SEHR GUT	<input type="checkbox"/>	GUT		
		<input type="checkbox"/>	WENIGER GUT	<input type="checkbox"/>	BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG		
FALLS DEUTSCH NICHT DIE ERSTSPRACHE IHRES KINDES IST: WIE SCHÄTZEN SIE DIE DEUTSCHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?		<input type="checkbox"/>	SEHR GUT	<input type="checkbox"/>	GUT		
		<input type="checkbox"/>	WENIGER GUT	<input type="checkbox"/>	BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG		
BEKOMMT IHR KIND DERZEIT BZW. BRAUCHT IHR KIND EINE FÖRDERUNG?		<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN		
WENN JA, WELCHE?		<input type="checkbox"/>	FRÜHFÖRDERUNG	<input type="checkbox"/>	LOGOPÄDIE		
		<input type="checkbox"/>	PYSIOTHERAPIE	<input type="checkbox"/>	ERGOTHERAPIE		
		<input type="checkbox"/>	MOTOTHERAPIE	<input type="checkbox"/>	ANDERE		
BENÖTIGT IHR KIND EINEN INTEGRATIONSPLATZ? (HEILPÄDAGOGISCHER FÖRDERBEDARF)		<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN		

3. ANGABEN ZUR MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		

NAME DES/DER ARBEITGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE			BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
			<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> KARENZ BIS <input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHERIN	
AKTUELLER FAMILIENSTAND				
<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN		
<input type="checkbox"/> VERHEIRATET	<input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT	<input type="checkbox"/> KEINE ANGABE		
<input type="checkbox"/> VERWITWET	<input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND			

4. ANGABEN ZUM VATER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN					
FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
NAME DES/DER ARBEITGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE			BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS		
			<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> KARENZ BIS <input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHER		
AKTUELLER FAMILIENSTAND					
<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN			
<input type="checkbox"/> VERHEIRATET	<input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT	<input type="checkbox"/> KEINE ANGABE			
<input type="checkbox"/> VERWITWET	<input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND				

5. ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG					
ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG				GEWÜNSCHTE BETREUUNGSZEIT	
<input type="checkbox"/> GANZTÄGIG MIT ESSEN <input type="checkbox"/> 8 Std. <input type="checkbox"/> 10 Std.	<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG MIT ESSEN	<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG OHNE ESSEN		VON	BIS
BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH		<input type="checkbox"/> MUTTER	<input type="checkbox"/> VATER	<input type="checkbox"/> ANDERE	
VON WEM WIRD DAS KIND DERZEIT BETREUT?		<input type="checkbox"/> TAGESMUTTER/TAGESVATER	<input type="checkbox"/> KINDERHAUS	<input type="checkbox"/> PRIVAT	
		<input type="checkbox"/> KINDERGARTEN	<input type="checkbox"/> KINDERKRIPPE		
		<input type="checkbox"/> FLEXIBLE KINDERBETREUUNG	<input type="checkbox"/> ELTERN		
HAT DAS KIND IM KOMMENDEN BETREUUNGSJAHR GESCHWISTER IN DER GLEICHEN bzw. BENACHBARTEN EINRICHTUNG?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
WENN JA, WELCHE?					

6. ANGABEN ZUM/ZUR ZAHLER/IN (wenn Beitrag nicht von der Mutter/dem Vater bezahlt wird)					
FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		

7. DATENSCHUTZRECHTLICHE ZUSTIMMUNGS-ERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die Abteilung für Bildung und Integration alle Daten, die im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Aufnahme in eine Kinderbetreuungs-Einrichtung übermittelt werden, zur Bearbeitung und zum Datenabgleich mit dem Zentralen Melderegister verwendet.

8. DATENSCHUTZRECHTLICHE WIDERRUFS-KLAUSEL

Ich bin berechtigt, die vorliegende datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung jederzeit gegenüber dem Träger der Kinderbetreuungs-Einrichtung durch einseitige schriftliche Erklärung zu widerrufen.

9. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Ich	bestätige mit meiner Unterschrift
-----	-----------------------------------

- die Richtigkeit der Angaben aller angeführten Personen
- dass mit diesem Antrag eine verbindliche Vormerkung für das vorne angeführte Kind erfolgt, und ich verpflichte mich im Falle einer Aufnahme zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages
- die **Datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung** angenommen zu haben
- die **Datenschutzrechtliche Widerrufs-Klausel** zur Kenntnis genommen zu haben

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT