Stand: Februar 2020

Kath. Kinderhaus St. Marien; Isenstedter Str. 82; 32339 Espelkamp 🕿 05772 / 9159694

**Anmeldebogen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Angaben zum Kind:** | | | | | | | | |
| Nachname: | | | | | Vorname: | | | |
| Straße: | | | | | PLZ: | | Ort: | |
| Geburtsdatum: | | | | | Geburtsort: | | | |
| Taufdatum: | | | | | Geschlecht: □ weiblich □ männlich | | | |
| Konfession: □ evangelisch □ katholisch □ sonstige: □ keine | | | | | | | | |
| Nationalität: □ Deutsch □ und/oder: | | | | | | Migrationshintergrund:  □ ja □ nein | | |
| Anzahl der Geschwister und Geburtsjahre: | | | | | | | | |
| **2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:** | | | | | | | | |
| **Mutter** Name: | | | | **Vater** Name: | | | | |
| Vorname: | | | | Vorname: | | | | |
| Straße: | | | | Straße: | | | | |
| PLZ / Ort: | | | | PLZ / Ort: | | | | |
| Alleinerziehend: □ ja □ nein | | | | Alleinerziehend: □ ja □ nein | | | | |
| Sorgeberechtigt: □ ja □ nein | | | | Sorgeberechtigt: □ ja □ nein | | | | |
| Telefon | | | | Telefon | | | | |
| E-Mail-Adresse: | | | | E-Mail-Adresse: | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | Geburtsdatum: | | | | |
| Familienstand: | | | | Familienstand: | | | | |
| Beruf: | | | | Beruf: | | | | |
| Arbeitszeit: | | | | Arbeitszeit: | | | | |
| Arbeitsort: | | | | Arbeitsort: | | | | |
| Konfession: | | | | Konfession: | | | | |
| Herkunftsland: | | | | Herkunftsland: | | | | |
| Nationalität: | | | | Nationalität: | | | | |
| Zugehörigkeit: □ Deutschland □ EU  □ Sonstige: | | | | Zugehörigkeit: □ Deutschland □ EU  □ Sonstige: | | | | |
| Das Kind lebt im Haushalt von: beiden Erziehungsberechtigen □  Mutter □ Vater □ anderen Personen: | | | | | | | | |
| **3. Erweiterte Daten zum Kind** | | | | | | | | |
| Vorrangige Familiensprache: □ deutsch oder: | | | | | | | | |
| Kann das Kind deutsch sprechen: □ ja □ nein □ ein wenig | | | | | | | | |
| Kann das Kind deutsch verstehen: □ ja □ nein □ ein wenig | | | | | | | | |
| Gesundheitsprobleme, Allergien: □ ja □ nein  Wenn ja, welche: | | | | | | | | |
| Masernimmunität wurde nachgewiesen: □ ja □ nein  Masernschutzimpfung: □ 1. & 2. Impfung wurden durchgeführt  □ 2. Impfung fehlt  □ **keine** Impfung wurde bisher durchgeführt  □ eine Kontraindikation liegt vor, sodass nicht geimpft werden kann | | | | | | | | |
| Hat das Kind bisher Förderung oder Therapien erhalten: □ Frühförderung  □ Ergotherapie □ Logopädie □ Physiotherapie □sonstige: | | | | | | | | |
| **4. Betreuungszeiten:** | | | | | | | | |
| Bitte kreuzen Sie das gewünschte Wochenstundenkontingent und eine Alternative an: | | | | | | | | |
| Erstwunsch | Alternative: | Öffnungszeiten | Betreuungsbedarf/ Wunsch,  bitte eintragen | | | | | Öffnungszeiten |
| □ | □ | 25 Wochenstunden |  | | | | | Mo-Fr 7:00 -12:30 |
| □ | □ | 35 Wochenstunden geteilt |  | | | | | Mo-Fr 7:00-12:30  Mo-Do 14:00-16:30 |
| □ | □ | 35 Wochenstunden Block |  | | | | | Mo - Fr 7:00-14:00  oder  Mo – Fr. 7:30 – 14:30 |
| □ | □ | 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?: □ ja □ 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.** | | | | | | | | |
| **Ich / wir sind damit einverstanden, dass von der Einrichtungsleitung die notwendigen personenbezogenen Daten in das örtliche Anmeldesystem Little Bird, Kita Navigator, KIVAN, IPiKAN, KitaVM übertragen werden, sofern ich / wir dieses nicht selber übernehmen** | | | | | | | | |
| Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere eingereichten Anmeldeunterlagen um einen Betreuungsplatz nach erfolgter Ablehnung durch die Kita durch diese für weitere 2 Jahre auf einer Warteliste für freiwerdende Betreuungsplätze verarbeitet werden. □Ja □ Nein | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

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

Stmarienespelkamp@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 spätesten 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