Der Magistrat der Stadt Heringen (Werra)
Kindertagesstätten & Kinderkrippe der Stadt Heringen

Stadt Heringen (Werra)

Antrag zur Aufnahme in ein Betreuungsangebot der Stadt Heringen (Werra) (Aufnahmeantrag)

Name des Kindes	Geburtsdatum
Vorname des Kindes	Geburtsort
Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	E-Mail
PLZ, Ort	Telefon
Ortsteil	Hausarzt

Ich/Wir beantrage(n) die Aufnahme meines/unseres Kindes in die Einrichtung

☐ Kinderkrippe ☐ Kindertagesstätte

☐ Regelbetreuung (7.00 Uhr bis 12.30 Uhr)
☐ Regelbetreuung + Mittagessen (7.00 Uhr bis 12.30 Uhr)

☐ Ganztagsbetreuung + Mittagessen (7.00 Uhr bis 16.30 Uhr)

Ich/Wir bitte(n) um Aufnahme zum nachstehenden Tag/Monat/Jahr

_____. _____.

Mit der Aufnahme in eine Kindereinrichtung beginnt die Eingewöhnung von ca. 4 Wochen. Diese Zeit erfordert die Anwesenheit eines Elternteils oder eine dem Kind nahestehende Begleitperson!

Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten

Name, Vorname der Mutter	
Geburtsdatum	Familienstand
Staatsangehörigkeit	Beruf
	Arbeitgeber
Name, Vorname des Vaters	
Geburtsdatum	Familienstand
Staatsangehörigkeit	Beruf
	Arbeitgeber

Wer hat das Sorgerecht?

☐ Mutter ☐ Vater

☐ beide ☐

Meine/Unsere derzeitige Situation:

☐ alleinerziehend ☐ Mutter / Vater berufstätig

☐ Hausfrau / Hausmann ☐ Mutter / Vater in Elternzeit

☐ arbeitslos

☐ Wiedereinstieg ins Berufsleben vorgesehen ab:

Sind weitere Geschwister des Kindes in einer Einrichtung der Stadt Heringen (Werra) angemeldet?

☐ Nein ☐ Ja Name des Kindes: Einrichtung:

Mein Kind benötigt ergänzende integrierte Förderung und Hilfe:

☐ Nein ☐ Ja

Ein Antrag über ergänzende integrierte Förderung und Hilfe wurde gestellt:

☐ Nein ☐ Ja

Weitere Hinweise für die Aufnahme und ggf. zur Begründung für die ergänzende integrierte Förderung und Hilfe:

Soweit in der Einrichtung nicht für alle angemeldeten Kinder Plätze zur Verfügung stehen, ist die Stadt Heringen (Werra) verpflichtet, die Entscheidung über die Aufnahme Ihres Kindes nach vorrangigen sozialen und pädagogischen Gesichtspunkten zu treffen. Um zu vermeiden, dass diese Gesichtspunkte bei der Entscheidung über die Aufnahme Ihres Kindes unberücksichtigt bleiben, bitten wir Sie, die vorstehenden Fragen vollständig zu beantworten. Sollte keine oder keine bedarfsgerechte Aufnahme in die von Ihnen gewünschte Einrichtung möglich sein, wird in Abstimmung geprüft, ob eine bedarfsgerechte Aufnahme anderweitig möglich ist.

Für jedes Kind muss bei seiner Anmeldung und unmittelbar vor seiner Aufnahme in ein Betreuungsangebot eine Bescheinigung des Arztes („ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung des Kindes für den Besuch einer Kindereinrichtung“) vorgelegt werden. Für die Aufnahme muss ein Nachweis zur Durchführung einer Masernschutzimpfung vorliegen (siehe Anlage).

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im gesetzlich zugelassenen Rahmen.
Datenschutzhinweise unter www.heringen.de

Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass für die Aufnahme meines/unseres Kindes in eine Einrichtung der Stadt Heringen (Werra) die jeweils geltende Satzung über die Betreuung von Kindern in den Tageseinrichtungen für Kinder sowie die Satzung über die Erhebung von Kostenbeiträgen für die Inanspruchnahme der Tageseinrichtungen verbindlich ist.

Vorgenannte Angaben werden durch meine/unsere Unterschrift(en) bestätigt.

Ort, Datum Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten

Stadt Heringen (Werra)
SEPA-Basis-Lastschriftmandat
Gläubiger Identifikationsnummer: DE72ZZZ00000091114

Magistrat der Stadt Heringen (Werra)
-Stadtkasse-
Obere Goethestraße 17

36266 Heringen (Werra)

SEPA-Lastschriftmandat Kostenbeitrag und Verpflegungsentgelt Kita / Kinderkrippe

Ich ermächtige die Stadtkasse Heringen (Werra), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtkasse Heringen (Werra) auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ferner bin ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass der Kostenbeitrag und das Verpflegungsentgelt am 5. eines jeden Monats für den laufenden Monat fällig werden.

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im gesetzlich zugelassenen Rahmen.
Datenschutzhinweise unter www.heringen.de

Kassenzeichen (entnehmen Sie bitte dem Bescheid, soweit vorliegend)

K O N T O I N H A B E R:

Name, Vorname	**Name des Kindes**
Straße, Hausnummer	**PLZ, Ort**
Kreditinstitut (Name)	
IBAN	**BIC**

Ort, Datum **Unterschrift**

Bitte zum Aufnahmegespräch mitbringen (unmittelbar vor der tatsächlichen Aufnahme in eine Betreuungseinrichtung)

Impfbescheinigung gemäß § 2 Kindergesundheitsschutzgesetz Hessen (KiGesSchG HE)

zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung

Name, Vorname des Kindes **Geburtsdatum:**

Adresse:

Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung: | | | | | | | | |

Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt:

Ja ☐ Nein ☐

Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.: _____

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

Ja ☐ Nein ☐

Impfungen gegen folgende Krankheiten **fehlen** o. wurden **unvollständig** durchgeführt:

☐ Tetanus	☐ Keuchhusten	☐ Mumps	☐ Hepatitis B	☐ Rotavirus
☐ Diphterie	☐ Hib	☐ Röteln	☐ Pneumokokken	
☐ Kinderlähmung	☐ Masern	☐ Windpocken	☐ Meningokokken C	

Ort, Datum **Unterschrift Ärztin / Arzt** **Arztstempel**

Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind.

Ich möchte **nicht**, dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden.
Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind deshalb nach §§28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

Datum **Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten**

.....

Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname des Kindes **Geburtsdatum:**

Adresse:

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:

☐ 2 Masernimpfungen* ☐ 1 Masernimpfung** ☐ Immunität gegen Masern***

Befreiung von einer Masern-Impfung:

☐ Es liegt eine dauerhafte medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

☐ Es liegt eine vorübergehende medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen: | | | | | | | | |

Ort, Datum **Unterschrift Ärztin / Arzt** **Arztstempel**

* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr
** ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr
*** serologischer Labornachweis