

## Anmeldung für den Kindergarten

ab: \_\_\_\_\_ (Monat Betreuungsbeginn)

### Angaben zum Kind:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Wohnsitzgemeinde

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

### Abholberechtigte Personen:

Abholberechtigte(r) 1:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Funktion (z.B. Oma, Opa, Tante Onkel, Freunde)

Abholberechtigte(r) 2:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Funktion (z.B. Oma, Opa, Tante, Onkel, Freunde)

Abholberechtigte(r) 3:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Funktion (z.B. Oma, Opa, Tante, Onkel, Freunde)

Abholberechtigte(r) 4:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Funktion (z.B. Oma, Opa, Tante, Onkel, Freunde)

Wenn es weitere abholberechtigte Personen geben sollte, bitte hier eintragen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Weitere Angaben zum Kind:

\_\_\_\_\_  
Hausarzt des Kindes

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
letzte Tetanusimpfung

\_\_\_\_\_  
letzte Früherkennungsuntersuchung

\_\_\_\_\_  
gesundheitliche Besonderheiten / Allergien

## Von der Einrichtungsleitung auszufüllen:

gelbes Untersuchungsheft eingesehen:

Ja ☐

Nein ☐

\_\_\_\_\_  
Datum und Name

Impfbuch eingesehen:

Ja ☐

Nein ☐

\_\_\_\_\_  
Datum und Name

## Von der Einrichtungsleitung und den Eltern gemeinsam auszufüllen:

### Masern-Impfung:

Aufgrund des Masernschutzgesetzes werden Kinder in Kindertageseinrichtungen nur aufgenommen, wenn ein vollständiger Masernschutz vorhanden ist.

Dieser Masernschutz ist durch ein ärztliches Zeugnis bzw. den Impfpass nachzuweisen, aus welchem hervorgeht, dass:

- bei unter 2-Jährigen: eine Masernimpfung durchgeführt wurde,
- bei über 2-Jährigen: zwei Masernimpfungen durchgeführt wurden,
- Masernimmunität vorliegt,
- Aufgrund einer medizinischen Kontraindikation dauerhaft oder vorübergehend nicht geimpft werden kann.

Wird ein entsprechendes ärztliches Zeugnis, eine entsprechende Bestätigung oder der Impfpass bis spätestens drei Monate vor dem Aufnahme-Zeitpunkt nicht vorgelegt wird das Kind nicht aufgenommen und die Anmeldung damit obsolet.

Nachweis abgegeben:

Ja ☐

Nein ☐

Impfung 1: \_\_\_\_\_(Datum)

Impfung 2: \_\_\_\_\_(Datum)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift  
Einrichtungsleitung

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift  
Erziehungsberechtigte

## **Geschwister des Kindes:**

Geschwisterkind 1:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Besucht das Kind die Kindertageseinrichtung St. Gallus?

Ja ☐

Nein ☐

Geschwisterkind 2:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Besucht das Kind die Kindertageseinrichtung St. Gallus?

Ja ☐

Nein ☐

Geschwisterkind 3:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Besucht das Kind die Kindertageseinrichtung St. Gallus?

Ja ☐

Nein ☐

Sollte es weitere Geschwisterkinder geben, bitte hier eintragen:

\_\_\_\_\_

## **Weitere wichtige Informationen zum Kind:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben zu den Erziehungs- bzw. Personensorgeberechtigten:

### Sorgerecht

☐ verheiratet

☐ alleinerziehend

☐ gemeinsames Sorgerecht

☐ alleiniges Sorgerecht

bei einem alleinigen Sorgerecht:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Sorgeberechtigten

Bei einem alleinigen Sorgerecht muss dies durch eine aktuelle Bescheinigung des zuständigen Jugendamtes belegt werden.

### Angaben zur Mutter:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Arbeit)

\_\_\_\_\_  
Handynummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitsstelle

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Herkunftsration

(bei nicht deutscher Herkunft, bitte Kopie des Ausweises beifügen)

Angaben zum Vater:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Arbeit)

\_\_\_\_\_  
Handynummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitsstelle

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Staatangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Herkunftsnation

(bei nicht deutscher Herkunft, bitte Kopie des Ausweises beifügen)

# Buchung der Betreuungszeiten

Die Kernzeit ist im Kindergarten von 08:00 bis 12:00 Uhr.

Die Kernzeit am Vormittag ist die Mindestbuchungszeit, welche von allen Eltern gebucht werden muss. In der Kernzeit soll eine ungestörte gemeinsame Bildungs- und Erziehungsarbeit zur Umsetzung der Inhalte des Bayrischen Bildungs- und Erziehungsplanes stattfinden.

Die Betreuungszeiten unseres Kindes sollen folgendermaßen aussehen (bitte ankreuzen):

|                                           | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag                      |
|-------------------------------------------|--------|----------|----------|------------|------------------------------|
| Frühzeit<br>(ab 07:00 Uhr)                |        |          |          |            |                              |
| Frühzeit<br>(ab 07:30 Uhr)                |        |          |          |            |                              |
| <b>Kernzeit<br/>(08:00-12:15 Uhr)</b>     |        |          |          |            |                              |
| verlängerte Gruppe<br>(bis 13:15 Uhr)     |        |          |          |            |                              |
| Mittagsbetreuung<br>(12:15-14:00 Uhr)     |        |          |          |            | freitags<br>nicht<br>möglich |
| Nachmittagsbetreuung<br>(14:00-16:00 Uhr) |        |          |          |            | freitags<br>nicht<br>möglich |

Dies ist eine Ankündigung Ihrer gewünschten Anmeldung/Buchung.

Die Anmeldung ist gültig, sobald der Bildungs- und Betreuungsvertrag von beiden Seiten unterschrieben in der Einrichtung vorliegt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1



# Gemeinde Hergatz

Gemeinde Hergatz  
Wohmbrechts  
Salzstraße 18  
88145 Hergatz

## Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift.

Bitte senden Sie den Vordruck ausschließlich per Brief zurück, eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist nicht möglich, da Ihre Unterschrift im Original vorliegen muss.

Sollten die Angaben im Vordruck korrekt sein, versehen Sie diesen bitte einfach mit Ort, Datum und Unterschrift. Sollten Einträge im Vordruck fehlerhaft oder unvollständig sein, tragen Sie bitte die korrekten Daten in die vorbereiteten Zeilen ein und versehen den Vordruck ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift.

PK-Nr.:

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, wiederkehrend Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Gemeinde Hergatz  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000092711  
Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Hinweise: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

|                 |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kontoinhaber:   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift:      |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kreditinstitut: |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BIC:            |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN:           |  | D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |       |                              |
|-----|-------|------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift/en Kontoinhaber |
|-----|-------|------------------------------|

### Das Mandat ist gültig für (Zutreffendes ankreuzen und ggf. Angaben vervollständigen):

- ☐ alle Forderungen (auch zukünftige) ☐ auch rückständige Forderungen  
☐ Forderungen eines Objekts

#### Einzelne Forderungen

(Straße, Hausnummer / Flurnummer / Bezeichnung etc.)

- |                                               |                                                  |                                              |                                         |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer          | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer           | <input type="checkbox"/> Hundesteuer         | <input type="checkbox"/> Kanalgebühren  |
| <input type="checkbox"/> Kindergartengebühren | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuungsgebühr | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer | <input type="checkbox"/> Abwasserabgabe |
| <input type="checkbox"/> _____                | <input type="checkbox"/> _____                   | <input type="checkbox"/> _____               | <input type="checkbox"/> _____          |
| <input type="checkbox"/> _____                | <input type="checkbox"/> _____                   | <input type="checkbox"/> _____               | <input type="checkbox"/> _____          |