



Lebenshilfe
Erlangen e.V.

Integrativer Kindergarten

im Röthelheimpark
der Lebenshilfe Erlangen e.V.
Schenkstraße 111a
91052 Erlangen
Tel: 09131 / 9402972
Fax: 09131 / 9402974

Anmeldeblatt zur Aufnahme

Anmeldung für einen		<input type="checkbox"/> Heilpädagogischen Platz	<input type="checkbox"/> Regelplatz	gewünschtes Aufnahmedatum:	
Familienname und sämtliche Vornamen des Kindes Rufname unterstreichen				Geburtstag:	Bekenntnis:
Geburtsort, Landkreis, Land, Staat					Staatsangehörigkeit:
Wohnung des Kindes Name u. Anschrift, Telefon (falls abweichend von Eltern)		Telefon:		E-Mail:	
Name der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten Anschrift u. Telefon (falls abweichend)	Vater			Beruf:	geboren am:
	Mutter Geb.N.			Beruf:	geboren am:
Arbeitsstätte mit Telefonangabe und Arbeitszeit	Vater				
	Mutter				
Krankenkasse <small>(nur bei Kindern mit besonderem Förderbedarf)</small>	des Kindes			Versichert bei:	
Andere Erziehungsberechtigte				Pfleger / Adoptiveltern *)	
Zahl der Geschwister; Vorname/Geburtsdatum:	○ _____				
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß von unserem / meinem Kind Fotos oder Videoaufnahmen für pädagogische oder öffentlichkeitswirksame Zwecke durch die Lebenshilfe Erlangen e.V. gemacht und eventuell veröffentlicht werden: Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß die Mitarbeiter /-innen des Integrativen Kindergartens Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen unseres / meines Kindes nehmen können: Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß die Mitarbeiter /-innen des Integrativen Kindergartens pädagogischen, psychologischen und medizinischen Fragestellungen unseres / meines Kindes an Dritte geben können und somit von der Schweigepflicht entbunden werden. Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, in eine gemeinsame Adressenliste aufgenommen zu werden. Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß mein Kind an Ausflügen teilnimmt. Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß ein Datenabgleich zwischen den Kindertagesstätten erfolgen kann, um den aktuellen Platzbedarf zu ermitteln. Ja / Nein *)					

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Teilnahme am Mittagessen; Besonderheiten	ja / nein *)																														
Angaben über besondere körperliche, geistige oder charakterliche Eigenarten des Kindes																															
Buchungszeiten: Die gewählten Buchungszeiten sind verbindlich und können nur in Ausnahmefällen verändert werden. Die Buchungszeiten können 2x pro Jahr umgebucht werden.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Uhrzeit</th> <th>Montag</th> <th>Dienstag</th> <th>Mittwoch</th> <th>Donnerstag</th> <th>Freitag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>07:30 - 08:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>08:00 - 12:30</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> <tr> <td>14:30 - 15:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16:30 - 17:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">x = Kernzeit, muss gebucht werden (mindestens 20 Std./Woche)</p>	Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	07:30 - 08:00						08:00 - 12:30	x	x	x	x	x	14:30 - 15:00						16:30 - 17:00					
Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag																										
07:30 - 08:00																															
08:00 - 12:30	x	x	x	x	x																										
14:30 - 15:00																															
16:30 - 17:00																															
Name, Adresse und Telefon des behandelnden Arztes	<input type="checkbox"/> Kinderarzt oder <input type="checkbox"/> Hausarzt																														
Besitzt Ihr Kind einen:	<input type="checkbox"/> Behindertenausweis mit den Merkzeichen: G aG B BI H 1.KI *) <input type="checkbox"/> Herzpass <input type="checkbox"/> Allergieausweis <input type="checkbox"/> Notfallausweis																														
Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?																															
Wer ist außerdem abholberechtigt (nicht unter 12 Jahren!)	Name, Vorname _____ Tel: _____ Name, Vorname _____ Tel: _____																														
Betreuung bisher (Kindergrippe, Kindergarten Frühförderung)																															
Nachweis der Früherkennungs- untersuchungen	<input type="checkbox"/> Der Nachweis über die letzte fällige altersentsprechende Früherkennungsuntersuchung wurde durch persönliche Einsichtnahme in das Kinder-Untersuchungsheft am erbracht. <input type="checkbox"/> Der Nachweis über die letzte fällige altersentsprechende Früherkennungsuntersuchung wurde nicht vorgelegt. Es wurde auf die Verpflichtung und die Notwendigkeit der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen am hingewiesen. Die Personensorgeberechtigten weigern sich aber definitiv, den Nachweis vorzulegen.																														
Wundstarrkrampf-(Tetanus) Schutzimpfung	ja / nein *) am _____ Impfschutz bis _____																														
Hepatitis B-Schutzimpfung	ja / nein *) am _____ Impfschutz bis _____																														
Diphtherie	ja / nein *) am _____ Impfschutz bis _____																														
Krankenhausaufenthalte, Operationen																															

Antrag beim Sozialamt auf Gewährung von Eingliederungshilfe für heilpädagogische Maßnahmen gestellt?	Ja / Nein *)
Falls Ja: Bezirk Mittelfranken:	Am:
Ort	Datum
Antrag beim Jugendamt auf Übernahme von Gebühren und Beiträgen für Kindertagesstätten gestellt?	Ja /
Falls Ja: Jugendamt:	Am:
Ort	Datum

*) Nichtzutreffendes bitte streichen