

<b>Träger der Einrichtung</b>	<b>Name, Adresse:</b>
	<b>Kindertageseinrichtung</b>
	<b>Tel.:</b> <span style="float: right;"><b>Mobil:</b></span>

**Anmeldung zur Aufnahme in die Kindertageseinrichtung**

**Krippen-/Krabbelstubenplatz**     
 **Kindergarten-/Kinderladenplatz**     
 **Hort-/Schülerladenplatz**

<b>Name, Vorname des Kindes</b>	<b>Adresse des Kindes</b>	<b>Geburtstag</b>

<b>Muttersprache</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Kind wohnt bei</b>	<b>Stadtteil / Schulbezirk</b>
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> beiden Elternteilen <input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst.

<b>Name, Vorname der Mutter</b>	<b>Name, Vorname des Vaters</b>	<b>Name, Vorname des Personensorgeberechtigten</b>
<input type="checkbox"/> berufstätig/Ausbildung <input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> berufstätig/Ausbildung <input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> berufstätig/Ausbildung <input type="checkbox"/> alleinerziehend

<b>Adresse und Telefon der Mutter</b>	<b>Adresse und Telefon des Vaters</b>	<b>Adresse und Telefon des Personensorgeberechtigten</b>

Tel. privat:	Tel. privat:	Tel. privat:
Tel. mobil:	Tel. mobil:	Tel. mobil:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:

<b>Es werden folgende Nachweise für eine vorrangige Aufnahme vorgelegt:</b>	<b>Besondere Anforderungen an die Betreuung des Kindes, die sich aus seinem Gesundheitszustand ergeben (z.B. Allergien, Diabetes etc.)</b>

<input type="checkbox"/> <b>Integrationsplatz/ Einzelintegrationsmaßnahme</b>	<b>bisherige Fördermaßnahmen (z.B. Frühförderung etc.)</b>
<b>Anerkennung nach § 53 SGB XII</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Bei Anmeldung für den Hort: Welche Schule besucht das Kind/ wird das Kind besuchen?</b>	<b>In welchem Schulbezirk wohnt das Kind?</b>

<b>Besuchte das Kind bereits eine Kita?</b>	<b>Das Kind ist noch in folgenden anderen Einrichtungen angemeldet:</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**gewünschte Betreuungszeit**

täglich von \_\_\_\_\_ Uhr, bis \_\_\_\_\_ Uhr     
 Halbtagsplatz     
 sonstiges (z.B. tageweise Betreuung)

Teilzeitplatz     
 Gewünschter Aufnahmetermin \_\_\_\_\_

Ganztagsplatz

**Anmerkungen**

1. Geben Sie das ausgefüllte Formular bitte der Kindertageseinrichtung zurück, in der Sie die Aufnahme Ihres Kindes wünschen. Wenn Sie diese Anmeldung nicht mehr aufrechterhalten wollen, z.B. weil Sie inzwischen umgezogen sind oder in einer anderen Kindertageseinrichtung einen Platz erhalten haben, informieren Sie bitte die Leiterin / den Leiter der betreffenden Kindertageseinrichtung.
2. Um mögliche Mehrfachanmeldungen abgleichen zu können, werden von den Kindertageseinrichtungen im Stadtteil einmal jährlich die Namen und der Geburtstag Ihres Kindes miteinander abgeglichen. Dabei erfolgt keine Datenspeicherung. In begründeten Einzelfällen kann aus persönlichen Gründen hiergegen Widerspruch geltend gemacht werden. Dies ist mit der Leitung abzustimmen. Die Daten der Kinder mit Rechtsanspruch, für die kein Platz zur Verfügung gestellt werden kann, werden der Stadt Frankfurt am Main -Stadtschulamt- zur aktiven Platzvermittlung im Stadtgebiet übermittelt.
3. Wir weisen darauf hin, dass aus dieser Anmeldung kein Anspruch auf einen Betreuungsplatz abgeleitet werden kann.

<b>Datum und Unterschrift Personensorgeberechtigte/r</b>	<b>Datum und Unterschrift Träger-/Einrichtungsvertreter/in</b>

**Bearbeitungsvermerke Träger/Einrichtung:**