

## Anmeldebogen für das Kindergartenjahr 2023/2024

Personalien des Kindes			
Nachname:			
Vorname:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geboren am:		Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:			
Religionszugehörigkeit:			
Straße / Nr.:			
PLZ / Ort:			

Sorgeberechtigte/r				
Bezugsverhältnis:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>		Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachname:			Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Vorname:			Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:			Geburtsort/Land:	
PLZ / Ort:				
Beruf:			Nationalität:	
Kommunikation:	Art (Festnetz, Handy):	privat oder dienstlich:	Nummer:	
	E-Mail-Adresse:			
Bemerkungen:				
Mitglied im Verein KJE e.V.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sorgeberechtigte/r				
Bezugsverhältnis:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>		Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachname:			Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Vorname:			Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:			Geburtsort/Land:	
PLZ / Ort:				
Beruf:			Nationalität:	
Kommunikation:	Art (Festnetz, Handy):	privat oder dienstlich:	Nummer:	
	E-Mail-Adresse:			
Bemerkungen:				
Mitglied im Verein KJE e.V.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Geschwister</b>			
Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geburtsort	
Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geburtsort	
Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geburtsort	
<b>Arzt / medizinischer Kontakt:</b>			
<b>Praxis Dr. Büttner:</b>	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
<b>Praxis Dres. Wohlmann:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Dr. Daniela Wohlmann		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Dr. Simone Wohlmann
<b>Anderer Haus- bzw. Kinderarzt:</b> (bitte Anschrift mit Telefon notieren)			
<b>Gesundheit / lebenswichtige medizinische Informationen:</b>			
Anfallsleiden, Medikamenten- unverträglichkeit usw.			
<b>Bekannte Allergien:</b>			
<b>Vermeidung bestimmter Speisen und Getränke:</b>			
<b>Vorläufereinrichtungen (SOS, SPZ, SVE, Krippe, Spielgruppe, Kindergarten, Therapien)</b>			
<b>Pflegegrad</b>			
<input type="radio"/> noch nicht bestimmt		<input type="radio"/> Stufe _____	
<b>Schwerbehindertenausweis</b>			
<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein	

<b>Gewünschte Buchungszeiten</b>		
<b>Wochentag</b>	<b>Buchungszeit von-bis</b>	<b>Stunden insgesamt pro Tag</b>
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Dabei bitte beachten:

- Die **Kernzeit ist zwischen 8:30 und 12 Uhr**. Während dieser Zeit muss jedes Kind in der Einrichtung anwesend sein.
- Wir haben eine **Mindestbuchungszeit von 4 Stunden** täglich.
- Um 12 Uhr gibt es **Mittagessen**, deshalb ist das **Abholen zwischen 12 und 13 Uhr nicht möglich**
- **U-3-Kinder können in der Eingewöhnung ausschließlich die Kategorie 20 Stunden buchen**. Höherbuchungen können erst nach dem 3. Geburtstag und nur in enger Absprache mit dem jeweiligen Gruppenpersonal vorgenommen werden.

<b>Derzeit gültige Gebührensätze (seit 01.09.2019 – wird ggfs. angepasst)</b>		
<b>Wöchentliche Buchungszeit</b>	<b>Kosten (ohne Mittagessen)</b>	<b>+ Essensbeitrag ab 12 Uhr</b>
20 Stunden	<b>117,00 Euro</b>	
20,5 - 25 Stunden	<b>129,00 Euro</b>	1 Essen/Woche: + 14,00 Euro mtl.
25,5 – 30 Stunden	<b>139,00 Euro</b>	2 Essen/Woche: + 28,00 Euro mtl.
30,5 – 35 Stunden	<b>149,00 Euro</b>	3 Essen/Woche: + 42,00 Euro mtl.
35,5 – 40 Stunden	<b>159,00 Euro</b>	4 Essen/Woche: + 56,00 Euro mtl.
40,5 – 45 Stunden	<b>169,00 Euro</b>	5 Essen/Woche: + 70,00 Euro mtl.

Seit April 2019 werden 100.- Euro des monatl. Kindergartenbeitrags vom Freistaat Bayern übernommen (ab September des Jahres, in dem ein Kind sein 3. Lebensjahr vollendet

**Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass die personenbezogenen Daten Ihres Kindes zum Zweck des Datenabgleichs (Mehrfachmeldungen/Wartelisten) an die verschiedenen Einrichtungen und an den Markt Garmisch-Partenkirchen weitergegeben werden. Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Ihre personenbezogenen Daten werden nur zweckgebunden verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. Der Datenschutz richtet sich nach der derzeit gültigen DSGVO.**

Ort/ Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Name: \_\_\_\_\_

## Ergänzende Fragen zur Förderplatz-Anmeldung

1. Aus welchem Grund benötigt Ihr Kind einen Förderplatz?

---

---

---

2. Haben Sie noch weitere Kinder mit erhöhtem Förderbedarf?

---

---

---

3. Bei welchen Einrichtungen wurde Ihr Kind bereits vorgestellt bzw. gefördert?

---

---

---

4. Gibt es belastende Faktoren durch/in ihre/r derzeitige/n Familiensituation?

---

---

---

5. Wie geht Ihre Familie mit den Besonderheiten Ihres Kindes um?

---

---

---

6. Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

---

---

---

7. Welche Sprache spricht Ihr Kind?

---

---

8. Welche Erwartungen haben Sie an den Kindergarten?

---

---

---

9. Hat Ihr Kind bereits Gruppenerfahrung und/oder Kontakt zu anderen Kindern?

---

---

---

10. Besonderheiten:

---

---

---

---

---

---

Protokollantin: \_\_\_\_\_