



Neuantrag Änderungsantrag

Aufnahme/Änderung ab: _____

Angaben zum Kind:

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Familiensprache:

Geschlecht: männlich weiblich divers
 Integration – falls angekreuzt, Art der Behinderung: _____

Kind wohnt gemeinsam mit Sorgeberechtigten

Kind hat anderen Wohnsitz in:

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Benötigt Ihr Kind besondere Förderung: Ja Nein

Besucht Ihr Kind bereits eine Krippeneinrichtung oder wurde für einen Krippenplatz angemeldet?

- Ja, innerhalb der Gemeinde Aarbergen
- Nein, mein Kind besucht noch keine Einrichtung
- Ja, außerhalb der Gemeinde Aarbergen

Wenn ja, welche Einrichtung und ab/seit wann? _____

Besuchen noch weitere Kinder die gewünschte Einrichtung?

- Ja, Kindergarten
- Ja, Krippe
- Nein

Masernimpfschutz vorhanden: ja nein

Hinweis: Nur mit einem bestehenden Impfschutz bzw. bestehender Immunität kann Ihr Kind in den Kindergarten aufgenommen werden (01.03.2020 Masernschutzgesetz). Der Nachweis ist in der Kindertageseinrichtung zu erbringen.



Angaben Erziehungsberechtigte:

Elternteil I: (ich bin alleinerziehend)

Vorname:
Nachname:
Straße:
Wohnort:
Tel. (privat):
E-Mail:

Umfang der Beruflichen Beschäftigung:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Vollzeit | <input type="radio"/> in Elternzeit |
| <input type="radio"/> Teilzeit | <input type="radio"/> in einer Ausbildung (berufliche Ausbildung/Studium) |
| <input type="radio"/> kein Beschäftigungsverhältnis | <input type="radio"/> keine Angabe |

Elternteil II:

Vorname:
Zuname:
Straße:
Wohnort:
Tel. (privat):
E-Mail:

Umfang der Beruflichen Beschäftigung:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Vollzeit | <input type="radio"/> in Elternzeit |
| <input type="radio"/> Teilzeit | <input type="radio"/> in einer Ausbildung (berufliche Ausbildung/Studium) |
| <input type="radio"/> kein Beschäftigungsverhältnis | <input type="radio"/> keine Angabe |

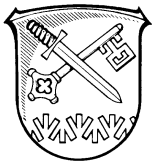
Gewünschte Betreuungsform:

Kettenbach

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kinderkrippengruppe - ab 1 Jahr | (07:30 Uhr -13:30 Uhr) |
| <input type="radio"/> Vormittagsbetreuung - ab 2 Jahre | (07:00 Uhr -13:30 Uhr) |
| <input type="radio"/> Vormittagsbetreuung - ab 3 Jahre | (07:00 Uhr -13:30 Uhr) |
| <input type="radio"/> Ganztagsbetreuung | (07:00 Uhr -16:30 Uhr) + Essenspauschale |
| <input type="radio"/> Nachmittagsbetreuung | (12:30 Uhr -16:30 Uhr) wahlweise mit Essenspauschale |

Michelbach

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kinderkrippengruppe - ab 1 Jahr | (07:30 Uhr -13:30 Uhr) |
| <input type="radio"/> Vormittagsbetreuung - ab 2 Jahre | (07:00 Uhr -13:30 Uhr) |
| <input type="radio"/> Vormittagsbetreuung – ab 3 Jahre | (07:00 Uhr -13:30 Uhr) |
| <input type="radio"/> Ganztagsbetreuung | (07:00 Uhr -16:30 Uhr) + Essenspauschale |
| <input type="radio"/> Nachmittagsbetreuung | (12:30 Uhr -16:30 Uhr) wahlweise mit Essenspauschale |



Allgemein:

Für die Bearbeitung des Antrags zur Aufnahme in einen Kindergarten sowie für die Erhebung der Gebühren werden folgende personenbezogenen Daten in automatisierten Dateien gespeichert:

1.) Allgemeine Daten: Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit sowie Herkunftsland der Erziehungsberechtigten und Kinder, Geburtsdaten aller Kinder sowie weitere zur kassenmäßigen Abwicklung erforderlichen Daten.

2.) Benutzungsgebühren: Berechnungsgrundlage

3.) Rechtsgrundlage: Hess. Gemeindeordnung (HGO), Kommunalabgabengesetz (KAG), Kinder- und Jugendhilfegesetz (HKJGB), Hess. Datenschutzgesetz (HDSG), Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Satzung

Es gelten die Vorschriften der jeweils gültigen Fassung der Satzung über die Benutzung der Kindergärten der Gemeinde Aarbergen und der Gebührensatzung zur Satzung über die Benutzung der Kindergärten der Gemeinde Aarbergen sowie die vom Gemeindevorstand der Gemeinde Aarbergen im Merkblatt getroffenen Regelungen zu den beiden vorgenannten Satzungen.

Mit den Aufnahmebedingungen und der Konzeption des Kindergartens erklären wir uns einverstanden.

Uns ist bekannt, dass wir verpflichtet sind, Änderungen bzgl. des Antrages (z.B. Wohnsitzänderungen) anzuzeigen.

Unser Kind darf an allen Angeboten des Kindergartens, z. B. Feste, Wanderungen, Fahrten, Exkursionen etc., teilnehmen. (Sollte Ihr Kind nicht teilnehmen dürfen, bitten wir um schriftliche Mitteilung.)

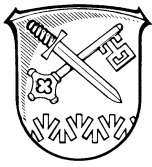
Masernschutzgesetz ab 01.03.2020

Aufgrund des Inkrafttretens des Masernschutzgesetzes zum 01.03.2020 **dürfen künftig nur Kinder mit nachgewiesenem Impfschutz** in unsere **Einrichtung aufgenommen werden**. Daher muss bei Antrag ein Nachweis über die durchgeführte Masernschutzimpfung beiliegen, nur dann wird ein Antrag berücksichtigt bzw. weiterverarbeitet. Das notwendige Formular finden Sie im Anhang.

Von den vorstehenden Hinweisen haben wir Kenntnis genommen.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

Wird vom Kindergarten ausgefüllt!
<input type="checkbox"/> Aufgenommen
<input type="checkbox"/> Warteliste
Datum, Unterschrift: _____



Gemeindevorstand
der Gemeinde Aarbergen
65326 Aarbergen

Kindergarten-Anmeldung

Zahlungsangelegenheiten:

Gemeindevorstand der
Gemeinde Aarbergen
Gemeindekasse
Scheidertalstraße 1
65326 Aarbergen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000095053

Mandatsreferenz _____
(wird von der Gemeindekasse ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige /Wir ermächtigen die Gemeinde Aarbergen (Gemeindekasse), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich /weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Aarbergen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ein Widerruf Ihrer Lastschrift entbindet jedoch nicht von Ihrer Zahlungsverpflichtung.

Sollten Zahlungen über die Ihnen bereits bekannten Abbuchungen hinaus anfallen, werden wir Ihnen diese mindestens 1 Tage vor Fälligkeit ankündigen

Kassenzeichen: Kindergartengebühr

Kontoinhaber:

Name des Kontoinhabers:
Straße und Hausnummer:
Postleitzahl und Ort:

BIC: - - - - - | - - - **Kreditinstitut:** _____
(8- oder 11- stellig)

IBAN: DE_ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
(22-stellig)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Impfbescheinigung gemäß § 2 Kindergesundheitschutzgesetz 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:

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rotavirus |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> 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