

# ANMELDUNG ab \_\_\_\_\_

Datum

## Angaben zum Kind:

_____	_____
Name	Vorname
<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	_____
Geschlecht	Straße
_____	_____
Postleitzahl und Ort	Wohnsitzgemeinde
_____	_____
Konfession	Staatsangehörigkeit
_____	
Telefonnummer/n	
_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort

## Abholberechtigte Personen:

### Abholberechtigte|r 1:

_____	_____
Name, Vorname	Telefon/Handy
_____	
Funktion (z.B. Oma, Opa, Onkel, Tante, Freunde...)	

### Abholberechtigte|r 2:

_____	_____
Name, Vorname	Telefon/Handy
_____	
Funktion (z.B. Oma, Opa, Onkel, Tante, Freunde...)	

### Abholberechtigte|r 3:

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

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

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

### Abholberechtigte|r 4:

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

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

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

### Abholberechtigte|r 5:

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

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

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

Sollte es weitere abholberechtigte Personen geben, 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 eine Kindertageseinrichtung im Markt Weiler-Simmerberg?

Ja       Nein       wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

### Geschwisterkind 2:

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Besucht das Kind eine Kindertageseinrichtung im Markt Weiler-Simmerberg?

Ja       Nein       wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

### Geschwisterkind 3:

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Besucht das Kind eine Kindertageseinrichtung im Markt Weiler-Simmerberg?

Ja       Nein       wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

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 dem **alleinigen Sorgerecht** muss dies durch eine aktuelle Bescheinigung des zuständigen Jugendamtes belegt werden.

## Angaben zur Mutter:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer Arbeitsstelle

\_\_\_\_\_  
Handynummer

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

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitsstelle

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Herkunftsnation

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

## Angaben zum Vater:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer Arbeitsstelle

\_\_\_\_\_  
Handynummer

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

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitsstelle

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Herkunftsnation

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

# B U C H U N G der Betreuungszeiten

Die Kernzeit beträgt in der Kinderkrippe 8.30 – 11.30 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 Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplanes stattfinden. Es besteht die Möglichkeit eine Vier-Tage-Woche im Krippenbereich zu wählen (Montag bis Donnerstag oder Dienstag bis Freitag).

Die Betreuungszeiten unseres Kindes sollen folgendermaßen aussehen:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.00 Uhr					
07.30 Uhr					
08.00 Uhr					
08.30 Uhr					
<b>Kernzeit</b> (hier können Sie ihr Kind nicht bringen oder abholen)					
11.30 Uhr					
12.15 Uhr					
<b>Hier esse und schlafe ich, bitte störe mich nicht!</b>					
14.00 Uhr					
15.00 Uhr					
16.00 Uhr					freitags nicht möglich

Hiermit versichere ich, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte|r 1

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte|r 2

Dies ist eine Ankündigung ihrer gewünschten Anmeldung/Buchung. Die Anmeldung ist gültig, sobald der Bildungs- und Betreuungsvertrag samt Anlagen von beiden Seiten unterschrieben in der Einrichtung vorliegt.

Von der Einrichtungsleitung auszufüllen:

EDV-Eintragung erl.:

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

Vertrag ausgegeben:

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

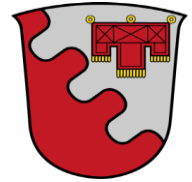
Vertrag erhalten:

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

Unsere Informationspflichten aus den Art. 12 ff DSGVO finden Sie unter <https://www.weiler-simmerberg.de/informationspflicht>.

**Mandatsreferenz-Nummer:**

Wird vom Markt Weiler-Simmerberg vergeben.  
(Sie setzt sich zusammen aus: Kassenzeichen, Objekt-Nr., Einnahmeart, lfd.-Nr.)



Markt Weiler-Simmerberg  
Kasse / Steueramt  
Kirchplatz 1  
88171 Weiler im Allgäu

Gläubiger Identifikationsnummer:  
**DE50ZZZ0000089958**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Markt Weiler-Simmerberg wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Markt Weiler-Simmerberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**ALLE** wiederkehrenden fällig werdenden Beträge für zu entrichtende Steuern und Abgaben  
**oder** nachstehende Zahlungsverpflichtungen, zum jeweiligen Fälligkeitstermin

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A/B    | <input type="checkbox"/> Zweitwohnungssteuer    | <input type="checkbox"/> Kindergarten-/Kita-Beitrag |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer/Zins | <input type="checkbox"/> Fremdenverkehrsbeitrag | <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung/Essen     |
| <input type="checkbox"/> Wassergebühren     | <input type="checkbox"/> Kurbeitrag             | <input type="checkbox"/> Miete/Verbrauchsabgaben    |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer        |   | <input type="checkbox"/> Pacht                      |

Zahlungspflichtiger: (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	DE ____ ____ ____ ____ ____ ____
BIC:	____ ____ ____ ____

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Abbuchung der zu zahlenden Beträge etc. verarbeitet und gespeichert werden.  
Die Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Datenverarbeitung bis zum Widerruf wird durch diesen nicht berührt.  
Die Betroffenenrechte im Sinne der Datenschutzgrundverordnung bleiben unberührt. Sollte ich von diesen Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

Weitere Informationen zu Ihren Rechten als Betroffener und unsere Informationspflichten nach Art. 12 ff. DSGVO finden Sie unter: [www.weiler-simmerberg.de/informationspflicht](http://www.weiler-simmerberg.de/informationspflicht)

**Bitte im Original beim Markt Weiler-Simmerberg abgeben (Fax oder E-mail sind nicht möglich!)**