

**Rückgabe während des Aufnahmeverfahrens spätestens bis zum 28.Februar!**

## ANMELDUNG

### Für das Kind wird beantragt

- die Aufnahme in die Krippe (1-3 Jahre)
- die Aufnahme in den Kindergarten (3-6 Jahre)

### Angaben über das Kind

Vorname ..... Name .....

Geburtsdatum ..... Nationalität .....

Strasse ..... PLZ/Wohnort .....

Mädchen  Junge  Divers  Familiensprache .....

### Angaben über die Sorgeberechtigten

#### Eltern

#### Mutter

#### Vater

Vorname ..... .....

Nachname ..... .....

Anschrift ..... .....

Telefon/Handy ..... .....

@ Mail Adresse ..... .....

Nationalität ..... .....

Arbeitgeber ..... .....

Familie ist Mitglied der Ev. Gemeinde St. Nikolai  ja  nein

Bitte wenden =>

## Gewünschter Betreuungsumfang

Krippe	Kindergarten
<input type="radio"/> Frühdienst von 07.30 - 08.00 Uhr	<input type="radio"/> Frühdienst von 07.30 - 08.00 Uhr
<input type="radio"/> Vormittagsgruppe 08.00 – 12.00 Uhr	<input type="radio"/> Vormittagsgruppe 08.00 - 14.00 Uhr
<input type="radio"/> Verl. Vormittagsgruppe 08.00 - 14.00 Uhr	<input type="radio"/> Ganztagsgruppe 08.00 - 16.00 Uhr
<input type="radio"/> Ganztagsgruppe 08.00 - 16.00 Uhr	
<input type="radio"/> mit Frühstück	<input type="radio"/> mit Frühstück
<input type="radio"/> mit Mittagessen	<input type="radio"/> mit Mittagessen

## **Das Kind besucht zurzeit**

- keine Kindertagesstätte       die Kindertagesstätte .....

## **Falls weitere Anmeldungen in der Stadt Verden vorhanden**

- Erstwunsch der Einrichtung .....
  - Zweitwunsch der Einrichtung .....

### **Angaben zur beruflichen Situation der Eltern**

- beide Eltern sind berufstätig
  - nur einer der Elternteile ist berufstätig
  - ich bin alleinerziehend und =>
    - übe bereits eine Berufstätigkeit aus
    - möchte eine Berufstätigkeit ausüben
    - bin nicht berufstätig

---

## Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen aus diesem Anmeldeformular im Rahmen der Platzvergabe (und ausschließlich dafür) an andere Kitas der Region und/ oder die Kommune weitergegeben werden.

### Unterschriften der Sorgeberechtigten

## Verden, den .....



## **Auskunft über eine vorgeschriebene Masernimpfung zur Betreuung in einer Kindertagesstätte**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ angemeldete Kita: \_\_\_\_\_

Gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) muss für Kinder, die in einer Kindertagesstätte betreut werden sollen, vor Beginn der Betreuung ein Nachweis über einen altersgerechten Masernimpfschutz bzw. gegebenenfalls über eine medizinische Kontraindikation vorgelegt werden.

Ein altersgerechter Masernimpfschutz liegt vor, wenn

- Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr mindestens eine Masernimpfung nachweisen können
- Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr zwei Masernimpfungen nachweisen können

Ohne den vorgeschriebenen Masernimpfschutz ist eine Betreuung Ihres Kindes in einer Kindertagesstätte nicht möglich.

Für eine weitere Bearbeitung Ihrer Anmeldung ist eine **Vorlage des Impfausweises** (inkl. der ersten Seite) notwendig. Dies kann zunächst als **Kopie des kompletten Impfausweises** in der Anlage zu dieser Auskunft erfolgen.

**Der Original-Impfausweis ist nach der Zusage eines Kindertagesstättenplatzes, spätestens am ersten Tag der Betreuung in der Kindertagesstätte vorzulegen.**

- Mein/Unser Kind ist gegen Masern geimpft. Eine entsprechende Kopie des Impfausweises liegt dieser Anmeldung bei.
- Mein/Unser Kind konnte aufgrund des Alters bisher noch nicht gegen Masern geimpft werden. Als Nachweis über die Impfberatung liegt die Kopie des Impfausweises bzw. die Bescheinigung über die Impfberatung bei.
- Mein Kind kann aus medizinischen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden. Die ärztliche Bescheinigung hierüber liegt bei.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/en: \_\_\_\_\_

### Arbeitsbescheinigung zum Antrag auf Kindertagesstättenbesuch

(Für jedes berufstätige Elternteil vom Arbeitgeber auszufüllen!)

Frau/Herr ..... ist bei uns beschäftigt.

---

Die regelmäßige **wöchentliche Arbeitszeit** beträgt ..... Stunden  
und ist folgendermaßen verteilt:

Montag ..... Uhr bis ..... Uhr

Dienstag ..... Uhr bis ..... Uhr

Mittwoch ..... Uhr bis ..... Uhr

Donnerstag ..... Uhr bis ..... Uhr

Freitag ..... Uhr bis ..... Uhr

---

**Unregelmäßige Schichtarbeit**       ja       nein

---

#### **Er/Sie befindet sich in der Elternzeit**

Die Elternzeit endet am .....

Er/Sie wird die Berufstätigkeit vor Ende der Elternzeit ab ..... wieder aufnehmen

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arbeitsgebers