



## Kindergarten & Krippen ANMELDUNG der Gemeinde Hausen

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

Geburtsdatum/-ort/-land: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht, wenn ja welche?

O ja \_\_\_\_\_ O nein \_\_\_\_\_

Geschwisterkind: O nein O ja, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

In welcher Einrichtung? \_\_\_\_\_

Wir möchten unser Kind in der

O Kindergartengruppe (3 – 6 Jahre) anmelden.

O Waldkindergartengruppe (3 – 6 Jahre) anmelden.

O Kinderkrippengruppe (1 – 3 Jahre) anmelden.

Gibt es eine **bevorzugte** Kita, dann geben Sie dies bitte nachfolgend in Zahlen an (**1 = erste Wahl, 2 = zweite Wahl, usw.**). Sollten Sie keine Priorität haben, lassen Sie die Angabe weg.

- Kindergarten Lohe (*gemeindliche Einrichtung Hausen*)
- Waldkindergarten Hausen (*gemeindliche Einrichtung Hausen*)
- St. Wolfgang Kita (*kirchliche Einrichtung Hausen*)
- St. Laurentius Kita (*kirchliche Einrichtung Hausen Ortsteil Wimmelbach*)

Aufnahmemonate für Kindergartenkinder sind je nach Geburtsdatum September oder im Frühjahr. Krippenkinder werden ab September oder im Frühjahr eingewöhnt.

Wir benötigen ab \_\_\_\_\_ einen Betreuungsplatz für unser Kind und möchten voraussichtlich folgende Stunden pro Tag buchen:

Gebühren	Wald- & Kiga Beitrag	Mischbeitrag*	Krippenbeitrag
O mehr als 4 bis 5 Std.	140,- €	190,- €	240,- €
O mehr als 5 bis 6 Std.	150,- €	210,- €	270,- €
O mehr als 6 bis 7 Std.	160,- €	230,- €	300,- €
O mehr als 7 bis 8 Std.	170,- €	250,- €	330,- €
O mehr als 8 bis 9 Std.	180,- €	270,- €	360,- €

Gewünschte Betreuungszeit:

Montag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Dienstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Mittwoch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Donnerstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Freitag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_,

Der Freistaat Bayern zahlt für alle Kinder ab dem 01. September die im Kalenderjahr das dritte Lebensjahr vollenden einen **Beitragszuschuss in Höhe von 100,00 € mtl.** Dieser wird von Seiten des Trägers direkt mit dem Beitrag verrechnet. Außerdem wurde zum 1. Januar 2020 ein Krippengeldzuschuss eingeführt (Weitere Informationen unter: [www.zbfs.bayern.de/familie/krippengeld/](http://www.zbfs.bayern.de/familie/krippengeld/)).

Der erste Monat in der Krippe wird als Eingewöhnungszeit mit nur 150,00 € berechnet.

Die Mischgebühr\* gilt für Kinder unter 3 Jahren im Kindergarten. Desweiteren gibt es bei der Eingewöhnungszeit sowie bei den Mischgebühren je Kindergarten noch Sonderregelungen, diese sind auf der jeweiligen Homepage nachzulesen. Beitragsänderungen bleiben vorbehalten.

Weitere Gebühren bzgl. Spiel-/ Verpflegungsgeld werden in den jeweiligen Kitas im Vertrag geregelt. Kinder mit einem Wohnsitz außerhalb von Hausen werden nachrangig berücksichtigt.

Ein Anspruch auf die Aufnahme des Kindes in der Kindertagesstätte entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrags zwischen Eltern/Personensorgeberechtigten und Träger der Einrichtung.

**Angaben der Eltern:**

	Mutter	Vater
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Sorgeberechtigt?		
Straße:		
PLZ, Ort:		
Telefon: Mobil:		
E-Mail:		
Staatsangehörigkeit(en):		
Konfession:		
Familienstand:		
Beruf:		
Berufstätig:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit
Arbeitgeber:		
Telefon Arbeit:		
Konto für Beitragseinzug (Kontoinhaber, Bank, IBAN)		

**Sonstige Angaben:**

Das Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:

\_\_\_\_\_

Liegt eine (drohende) Behinderung vor?       nein       ja

*(Falls ja bitte amtliche Bestätigung beilegen)*

Überstandene schwere Krankheiten/Entwicklungsrückstände?

Besondere gesundheitliche Bemerkungen *(Allergien, etc.)?*

Schutzimpfungen gegen Masern:  ja, am: \_\_\_\_\_  nein

Datum der letzten Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Die letzte Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt:  ja, am: \_\_\_\_\_  nein

*(Bitte Impfbuch und Vorsorgeheft bei der Anmeldung vorlegen)*

Hausarzt mit kompletter Anschrift/Telefon:

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Personensorgeberechtigten