

Kinderkrippe „Kumhausener Storchennest“  
Schulstraße 8  
84036 Landshut

Tel.: 0871 / 2763642  
Fax: 0871 / 2763715



## Aufnahmevertrag der Kinderkrippe Kumhausen für das Betreuungsjahr \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Name des Kindes** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Name der Mutter** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift, sofern abweichend von der Anschrift des Kindes \_\_\_\_\_

**Name des Vaters** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift, sofern abweichend von der Anschrift des Kindes \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten**

	Festnetz	Mobil	Arbeitsstelle	Email
Mutter				
Vater				

**Gewünschte Aufnahme zum** \_\_\_\_\_ **Alternativtermin** \_\_\_\_\_

**Sonstige Angaben (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Beide Eltern** sind **deutschsprachiger** Herkunft
- Ein** Elternteil ist **nicht deutschsprachiger** Herkunft
- Beide** Elternteile sind **nicht deutschsprachiger** Herkunft
- Die **Muttersprache** des Kindes ist **Deutsch**
- Die **Muttersprache** des Kindes ist **nicht Deutsch**
- Das Kind hat zur gewünschten Aufnahme das **3. Lebensjahr** noch **nicht vollendet**
- Das Kind hat zur gewünschten Aufnahme das **3. Lebensjahr** bereits **vollendet**
- Das Kind gilt **nachweislich** als **Integrationskind** und bedarf einer besonderen Förderung im Sinne von § 53 SGB XII
- Das Kind hat zum gewünschten Aufnahmeterrn seinen **Wohnsitz** in einer anderen Gemeinde
- Das **Sorgerecht** für das Kind haben nicht beide Elternteile, sondern
- nur die Mutter
- nur der Vater
- Der das Kind betreuende Elternteil ist **alleinerziehend**
- Die altersentsprechenden **Vorsorgeuntersuchungen** wurden wahrgenommen
- Das Kind ist gemäß den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes **geimpft**
- Name und Anschrift des **Kinder- bzw. Hausarztes** \_\_\_\_\_
- Name der **Krankenkasse**, bei der das Kind versichert ist \_\_\_\_\_
- Das Kind hat keine nennenswerten **gesundheitlichen Einschränkungen**
- Das Kind hat gesundheitliche Einschränkungen
- und zwar folgende \_\_\_\_\_
- Derzeit ist **ein** Elternteil berufstätig
- Derzeit sind **beide** Eltern berufstätig
- Wenn ja, wer übernimmt z.Z. die hauptsächliche Betreuung des Kindes? \_\_\_\_\_
- Der hauptsächlich betreuende Elternteil beabsichtigt die **Rückkehr in die Berufstätigkeit**
- Wenn ja, ab wann? \_\_\_\_\_
- Das Kind hat **Geschwister**
- Wenn ja, in welchem Jahr sind die Geschwisterkinder geboren? \_\_\_\_\_

Wir/ ich versichere, dass die vorgenannten Angaben wahrheitsgemäß sind. Sollten sich, diesen Aufnahmevertrag betreffende Änderungen ergeben, teilen wir/ ich dies umgehend und schriftlich mit.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

\*\*\*\*\*  
(von der Kinderkrippe auszufüllen)

**Hiermit bestätigen wir die Aufnahme in die Kinderkrippe zum** \_\_\_\_\_

Gruppe \_\_\_\_\_

Buchungszeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift der Leitung