



## Kindertageseinrichtung St. Vinzenz

Rietberger Str. 126, 33378 Rheda-Wiedenbrück

Telefon: 05242 - 906685

E-Mail: [stvinzenzwiedenbrueck@kath-kitas-mirali.de](mailto:stvinzenzwiedenbrueck@kath-kitas-mirali.de)

Homepage: [www.familienzentrum-aegidius.de](http://www.familienzentrum-aegidius.de)



## Anmeldebogen

1. Angaben zum Kind:		
Nachname:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:		
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Taufdatum:		
Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> keine		
Nationalität: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> und/oder:		Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Geschwister und Geburtsjahre:		
2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:		
<b>Mutter</b> Name:	<b>Vater</b> Name:	
Vorname:	Vorname:	
Straße:	Straße:	
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:	
Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:	
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	
Familienstand:	Familienstand:	
Beruf:	Beruf:	

Arbeitszeit:		Arbeitszeit:		
Arbeitsort:		Arbeitsort:		
Konfession:		Konfession:		
Herkunftsland:		Herkunftsland:		
Nationalität:		Nationalität:		
Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Sonstige:		Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Das Kind lebt im Haushalt von: <input type="checkbox"/> beiden Erziehungsberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> anderen Personen:				
<b>3. Erweiterte Daten zum Kind</b>				
Vorrangige Familiensprache: <input type="checkbox"/> deutsch oder:				
Kann das Kind deutsch sprechen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig				
Kann das Kind deutsch verstehen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig				
Gesundheitsprobleme, Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, welche:				
Masernimmunität wurde nachgewiesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Masernschutzimpfung: <input type="checkbox"/> 1. & 2. Impfung wurden durchgeführt <input type="checkbox"/> 2. Impfung fehlt <input type="checkbox"/> <b>keine</b> Impfung wurde bisher durchgeführt <input type="checkbox"/> eine Kontraindikation liegt vor, sodass nicht geimpft werden kann				
Hat das Kind bisher Förderung oder Therapien erhalten: <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> sonstige:				
<b>4. Betreuungszeiten:</b>				
Bitte kreuzen Sie das gewünschte Wochenstundenkontingent und eine Alternative an:				
Erstwunsch	Alternative:	Öffnungszeiten	Betreuungsbedarf/ Wunsch, bitte eintragen	Öffnungszeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Wochenstunden		Mo-Fr 7:30-12:30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden geteilt		Mo-Fr 7:15-12:30 Mo-Do 14:00-16:15 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden Block		Mo-Fr 7:00-14:00 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45 Wochenstunden		Mo-Do 7:15-16:30 Fr 7.15-15.15 Uhr
Ab wann wird der Platz benötigt:				
Begründung für eine dringende Aufnahme:				

Besucht bereits ein Geschwisterkind eine Einrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>5. Sonstiges:</b>		
Sonstiges:		
<b>Mir / uns ist bekannt, dass nach § 12 (ab 01.08.2020 § 5) Kinderbildungsgesetz und im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Kommune, dem Kreis, dem Landschaftsverband Westfalen Lippe und den Kindertageseinrichtungen der Stadt, personenbezogene Anmelde­daten zur Bedarfsplanung ausgetauscht werden.</b>		
<b>Ich / wir sind damit einverstanden, dass von der Einrichtungsleitung die notwendigen personenbezogenen Daten in das örtliche Anmeldesystem <b>Little Bird, Kita Navigator, KIVAN, IPiKAN, KitaVM</b> übertragen werden, sofern ich / wir dieses nicht selber übernehmen</b>		
Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere eingereichten Anmeldeunterlagen um einen Betreuungsplatz nach erfolgter Ablehnung durch die Kita durch diese für weitere 2 Jahre auf einer Warteliste für freiwerdende Betreuungsplätze verarbeitet werden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Die Verarbeitung meiner/unsere­rer Daten ist erforderlich zur Erfüllung des Betreuungsvertrages gem. § 6 Abs. 1 lit c KDG sowie für dazugehörige, vorvertragliche Maßnahmen. Sofern sich aus den personenbezogenen Daten Hinweise auf die rassische und ethnische Herkunft, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gesundheit meines Kindes ergeben, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Information.

Meine/unsere Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, frei widerruflich. Ein Widerruf kann schriftlich erklärt oder per E-Mail an **[E-Mail-Adresse eintragen]** gerichtet werden. Mein/unsere Kind hat durch Nichterteilen der Einwilligung oder durch einen Widerruf keine Nachteile zu befürchten. Die Bewerbungsunterlagen werden spätestens nach 2 Jahre nach der Erstbewerbung gelöscht bzw. vernichtet.

Die allgemeinen Informationen zum Datenschutz der Katholischen Kindertageseinrichtungen Minden-Ravensberg-Lippe gem. GmbH habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben