

# Anmeldeformular für einen Krippenplatz in Oldenburg - Etzhorn

Nur auszufüllen bei definitiver Anmeldung!

Aufnahme erbieten zum:

## Angaben Eltern

	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Straße:		
Geb.-Datum:		
Geb.-Ort:		
PLZ/Ort:		
Tel.-privat:		
Tel.-dienstlich:		
email:		



gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt)

Maria-von-Jever Str. 24, 26125 Oldenburg

Tel.: 0441-99 86 19 92, Fax: 0441-99 86 19 94

[verwaltung@kinderkrippe-friesoythe.de](mailto:verwaltung@kinderkrippe-friesoythe.de)

## Angaben Kind, Name/Vorname

- verheiratet / eheähnliche Gemeinschaft
- alleinerziehend

Geburtsdatum/Ort:

Nationalität:

Geschwister:

Beruf Vater: \_\_\_\_\_  berufstätig  
Beruf Mutter: \_\_\_\_\_  berufstätig

Nationalität Vater: \_\_\_\_\_ Nationalität Mutter: \_\_\_\_\_

1	
2	
3	
Name	
Geb.-Datum	

## Betreuungswunsch:

- Marienkäfergruppe,  Regelgruppe Mo-Fr 8:00-13:30 Uhr
- Hummelgruppe,  Regelgruppe Mo-Fr 8:00-16:00 Uhr

## Zusätzliche und besondere Betreuungswünsche: (ab 5 Kinder)

- Frühdienst 7:00 Uhr
- Frühdienst 7:30 Uhr
- Mittagsdienst bis 14:00 Uhr

- Integrationsaufnahme erwünscht (Teilstationäre Eingliederungshilfe vorausgesetzt)

## Förderhinweis:

(für Eltern, die nicht wohnhaft in der Stadt Oldenburg sind)

Sie haben für Ihr Kind ab dem Alter von einem Jahr einen rechtlichen Anspruch auf einen Krippenplatz. Sollte Ihre Gemeinde Ihnen keinen Krippenplatz anbieten können, haben Sie Anspruch auf eine Kostenbeteiligung oder volle Kostenübernahme in einer "gemeindefremden" Einrichtung! Aber: Ohne Antrag (vor Anmeldung in der Krippe) bei Ihrer Gemeinde haben Sie keinen Anspruch auf diese Förderung.

## Bitte beachten Sie Folgendes:

- dass das Abholen bis zur gebuchten Zeit erfolgen muss.
- dass alle Kinder gemeinsam ein warmes Mittagessen zu sich nehmen, die Essenszeit beginnt ca. 11:30 Uhr. (derz. Pauschale 87,-€, Preis Essensanbieter)  
(einen Zuschuss für das Mittagessen gewährt unter Einkommensbedingungen das Jobcenter (Bildung- u. Teilhabe), eine Antragstellung ist dazu erforderlich)

## Bemerkung / sonstiger Bedarf an Zeiten:

## Wie sind Sie auf unsere Einrichtung gekommen?:

### Im Bedarfsfall:

Zuständiger Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_  
Name des Stammversicherten: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Erkrankung und Behinderung des Kindes:

(z.B. Allergien, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Sprachförderung, Frühförderung, etc.)

Infos/Notizen:

## Einverständniserklärung

(Alle Punkte können einzeln verneint werden, nicht Gewünschtes bitte durchstreichen)

1. Wir / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind an allen Veranstaltungen der KiTa wie z.B. Turnen und Ausflüge usw. teilnehmen darf.
2. Wir / Ich bin damit einverstanden das folgende Personen abholberechtigt sind:

Person 1:

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

Person 2:

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

Person 3:

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

3. Wir erklären uns / Ich erkläre mich / bereit bei auftretenden ansteckenden Krankheiten bei meinem/unserem Kind oder anderen Familienmitgliedern die KiTa/Leitung sofort zu informieren. (Das Infektionsschutzgesetz ist zu beachten)
4. Wir sind / Ich bin / damit einverstanden , dass der Name meines Kindes, meine Anschrift u. meine Telefonnummer in einer Telefonliste aufgenommen werden, die allen Sorgeberechtigten zum Zwecke der Kontaktaufnahme untereinander zur Verfügung gestellt wird.
5. Wir sind / Ich bin /damit einverstanden, dass Fotos u. Videos, auf denen unsere Tochter/unser Sohn mit abgebildet ist, für die interne Arbeit, Präsentation u. für Fotocollagen auf der Webseite/Facebook verwendet werden dürfen. Zudem verpflichte(n) ich mich /wir uns, die mir/uns anvertrauten Fotos u. Videos von unserem Kind auf denen auch andere Kinder zu sehen sind, nur für häusliche/ private Zwecke zu verwenden.

## Beitragseinzugsermächtigung

## -SEPA-Lastschriftverfahren

Wir/ich ermächtige/n hiermit den Träger "Ein Weidenkörbchen für Kinder" , den monatlichen Elternbeitrag und den Essensbeitrag per Lastschrift von meinem/unserem nachstehenden Konto einzuziehen. Zugleich weise/n wir/ich mein Kreditinstitut an, die von dem Träger "Ein Weidenkörbchen für Kinder" auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ihre Mandatsreferenz-Nr.: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber, Vorname u. Name

Straße u.Hausnummer:

Kreditinstitut (Name)

PLZ / Ort

----- / -----  
BIC

DE \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

IBAN

### Untenstehende Beträge werden von der Verwaltung eingetragen:

Beitrag: \_\_\_\_\_ €

Verbrauchsmaterial,Getränke

15,00 € mtl. Pauschal

Lastschriften:

Bastelbedarf, etc. :

monatlicher Gesamtbetrag: \_\_\_\_\_ €      Essengeld: 87,00 € mtl. Pauschal

Bitte beachten Sie: Sollte eine Lastschrift Ihrerseits oder von Ihrer Bank zurückgebucht werden, entsteht immer eine Rückbuchungsgebühr von je 3,-€, diese müssen wir Ihnen in diesem Fall in Rechnung stellen, bzw. bei einer erneuten Lastschrift mit einzahlen.

Von der Verwaltung auszufüllen

bestätigt zum: \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum/Bestätiger,Unterschrift



Marienkäfergruppe  
Hummelgruppe

8-13:30 Uhr  
8-16 Uhr

Antrag-Reservierung erfolgte telefonisch, Datum:

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir die Anmeldung, das Lastschrifteinzugsverfahren und, dass ich/wir die Grundlagen und Richtlinien des Trägers "Ein Weidenkörbchen für Kinder" zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Personberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift Leitung o. Verwaltung