

# ASG - Anerkannte Schulgesellschaft mbH

Kindertagesstätte - Grundschule - Gymnasium - Oberschule - Berufsfachschule – Fachhochschule



## Aufnahmeantrag für die Kindertagesstätte

- „Sternkinder“, Flotowstraße 10, 14480 Potsdam  
 „Seepferdchen“, Hauptstraße 22, 14476 Potsdam

- Kinderkrippe (1 Jahre – 3 Jahre)  
 Kindergarten (3 Jahre – Grundschuleintritt)

Eintrittsdatum:

  

## Angaben zum Kind

Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wohnort: <input type="text"/>	PLZ: <input type="text"/>	Geburtsort: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	Nummer: <input type="text"/>	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>	Muttersprache: <input type="text"/>	wohnt bei: <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigten 1 <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigten 2
Konfession: <input type="text"/>		
Krankenkasse über die das Kind versichert ist: <input type="text"/>		

## Angaben zu Geschwistern

Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>

Wird Ihr Kind bereits in einer Einrichtung betreut? ja  nein

Name und Adressen der besuchten Kita:

Liegt bereits ein gültiger Bescheid über eine Prüfung des Rechtsanspruches auf Kinderbetreuung durch das Jugendamt der Stadt Potsdam vor? ja  nein

## Angaben zum Betreuungsbedarf

<input type="checkbox"/> Bis 6h / Tag <input type="checkbox"/> bis 8h / Tag <input type="checkbox"/> bis 10h / Tag	Täglicher Betreuungszeitraum von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
An folgenden Tagen weicht die angegebene Betreuungszeit ab: <input type="text"/>	

## Angaben zur gesundheitlichen Tauglichkeit

<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Einschränkungen/ Allergien	Art: <input type="text"/>
---	---------------------------

<input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten erforderlich <small>(nur wenn diese durch Kitamitarbeiter im gesetzlichen Rahmen verabreicht werden)</small>	Art: <input style="width: 100%;" type="text"/> Einnahmezeiten, Zeitraum, Dosierung: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	---

Angaben zum Personenberechtigten 1	Angaben zum Personenberechtigten 2
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Name: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Vorname: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Straße, Hausnummer: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Straße, Hausnummer: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Plz: <input style="width: 20%;" type="text"/> Ort <input style="width: 50%;" type="text"/>	Plz: <input style="width: 20%;" type="text"/> Ort <input style="width: 50%;" type="text"/>
Beruf/ Tätigkeit: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Beruf/ Tätigkeit: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Telefon: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Telefon: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Mobil: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Mobil: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Mailadresse: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Mailadresse: <input style="width: 80%;" type="text"/>

Ansprechpartner im Notfall
Name: <input style="width: 250px;" type="text"/> Telefon: <input style="width: 150px;" type="text"/> Vorname: <input style="width: 250px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Name: <input style="width: 250px;" type="text"/> Telefon: <input style="width: 150px;" type="text"/> Vorname: <input style="width: 250px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 150px;" type="text"/>

Sonstiges:

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und senden Sie es postalisch an:

Kita Seepferdchen  
 Hauptstraße 22  
 14476 Potsdam

oder per Mail an: [lasch.s@gesa-ag.de](mailto:lasch.s@gesa-ag.de)