

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"/>
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

Bis 6h / Tag bis 8h / Tag bis 10h / Tag Täglicher Betreuungszeitraum von bis

An folgenden Tagen weicht die angegebene Betreuungszeit ab:

Montag: von bis Dienstag: von bis Mittwoch: von bis

Donnerstag: von bis Freitag: von bis

Angaben zur gesundheitlichen Tauglichkeit

Gesundheitliche Einschränkungen/ Allergien Art:

Einnahme von Medikamenten erforderlich
(nur wenn diese durch Kitamitarbeiter im gesetzlichen Rahmen verabreicht werden) Art:

Einnahmezeiten, Zeitraum, Dosierung:

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 type="text"/>	Name: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Straße, Hausnummer: <input type="text"/>	Straße, Hausnummer: <input type="text"/>
Plz: <input type="text"/> Ort <input type="text"/>	Plz: <input type="text"/> Ort <input type="text"/>
Beruf/ Tätigkeit: <input type="text"/>	Beruf/ Tätigkeit: <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Mobil: <input type="text"/>	Mobil: <input type="text"/>
Mailadresse: <input type="text"/>	Mailadresse: <input type="text"/>

Ansprechpartner im Notfall	
Name: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Mobil: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Mobil: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Mobil: <input type="text"/>

Sonstiges:
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>