

Anmeldeformular für ...

25 Stunden/Woche 35 Stunden/Woche 35 Stunden Blocköffnung 45 Stunden/Woche

integrativer Platz

Öffnungszeiten vom _____ bis _____

Alter des Kindes (Stichtag 31. 10.): _____

gewünschter Aufnahmetermin: _____

Aufnahme zum: _____

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ Einschulung: _____ wohnhaft: 52477 Alsdorf

Straße/Nr.: _____ Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familiensprache: _____ Konfession: _____

krankenversichert: _____ Kinderarzt: _____

Besonderheiten (Allergien, Nahrung, etc.): _____

Impfungen:

Tetanus (Wundstarrkrampf) Diphtherie Keuchhusten (Pertussis) Pneumokokken

Kinderlähmung (Polio) Hepatitis B Meningokokken Grippe (Influenza)

Haemophilus influenza Typ b (Varizellen) Masern/Mumps/Röteln Windpocken

Sonstige Impfungen: _____

Vorsorgeheft vorgelegt: Ja Nein

Bemerkungen: _____



Eltern	Mutter/Personensorgeberichte	Vater/ Personensorgeberichte
Name/ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
wohnhaft		
Straße/Nr.		
Nationalität		
Familiensprache		
Telefon		
Handy		
E-Mail		
Berufsbezeichnung		
Adresse Arbeitgeber		
Telefon Arbeitgeber		
Erziehungsurlaub bis		

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet seit _____

In dringenden Fällen können unterrichtet werden ...

- 1.) Name: _____ Telefon: _____
- 2.) Name: _____ Telefon: _____
- 3.) Name: _____ Telefon: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Träger durch diese Anmeldung nicht zur Aufnahme verpflichtet ist.

Alsdorf, _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Punktecatalog von _____

Allgemeine Kriterien

Einzugsgebiet: _____

Punkte: _____

Entwicklungspsychologische Kriterien

Einzelkind

Punkte: _____

Geschwister

1.) Name: _____ geb.: _____

2.) Name: _____ geb.: _____

3.) Name: _____ geb.: _____

Wie verlief die Schwangerschaft? _____

Wie verlief die Geburt Ihres Kindes? _____

War Ihr Kind schon einmal krank? _____

Krankheiten wie:

Masern oder Mumps, Fieberkrämpfe, Krampfanfälle, Ohrenerkrankungen, Augenerkrankungen, andere organische Erkrankungen, Allergien? _____

Ist Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt worden?

Warum? Länge des Aufenthaltes? _____

Sprachlicher Bereich

Wie alt war Ihr Kind, als es sein erstes Wort sprechen konnte? _____

Wie viele Worte konnte es mit ca. 18 Monaten sprechen? _____

Spricht Ihr Kind in zwei Worten/drei Worten/ ganzen Sätzen? _____

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten beim Sprechen? _____

Spricht Ihr Kind für Sie und andere verständlich? _____

Welche Sprache spricht Ihr Kind? _____

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Seit wann? Bei wem? _____

Ja Nein

Punkte: _____

Motorischer Bereich

Ist Ihr Kind gekrabbelt? _____

Wann konnte Ihr Kind alleine laufen? _____

Womit beschäftigt sich das Kind am häufigsten? (drinnen & draußen) _____

Ist das Kind in Behandlung? (bei Auffälligkeiten) seit wann? Bei wem? _____

Ja Nein

Punkte: _____

Soziale Kompetenzen

Hat Ihr Kind Kontakt mit anderen Kindern? (PEKIP, Krabbelgruppe, Freundeskreis) _____

Welche Beziehungen haben die Geschwister untereinander? _____

Ist Ihr Kind in Behandlung (bei Auffälligkeiten)? Seit wann? Bei wem? _____

Ja Nein

Punkte: _____

Soziale Kriterien der Erziehungsberechtigten

Eltern Mutter Vater

Beim wem liegt das Personensorgerecht?

Eltern Mutter Vater

Mutter

Vater

Alleinerziehend

Berufstätig

Alleinerziehend

Berufstätig

ab _____

ab _____

Bei Berufstätigkeit

Wie und Wo wird Ihr Kind z. Zt. betreut? _____

Wohn- Spielsituation: _____

Krankheit und/oder Behinderung eines Sorgeberechtigten: _____

Im Haushalt lebende pflegebedürftige Personen: _____

Ja Nein

Punkte: _____

Bitte nennen Sie uns Ihren Erstwunsch, Zweitwunsch und Drittwunsch bezogen auf die Kindertageseinrichtungen.

1. _____
2. _____
3. _____

Punkte: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Alsdorf, _____

Unterschrift der Leitung

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung Personenbezogener Daten

Im Rahmen **des gesetzlichen und beruflichen Auftrages zur Betreuung, Förderung und Begleitung Ihres Kindes** benötigt die **Stadt Alsdorf, Hubertusstr. 17, 52477 Alsdorf** die Angaben zu Ihren personenbezogenen Daten.

Ihre in diesem Zusammenhang zu verarbeitenden personenbezogenen Daten sind zweckgebunden, das heißt, sie werden ausschließlich für den Zweck verwendet, für den sie erhoben worden sind. Ihre Daten werden dazu im Rahmen datenschutzrechtlicher Zulässigkeiten an folgende Adressaten weitergegeben:

Intern: A 51 - Jugendamt, A 40 - Schul- und Sportamt, A 30 - Rechtsamt, A 50 - Sozialamt
Extern: Jobcenter, Städteregion Aachen, Landesjugendamt

Mit der Unterzeichnung dieser Datenschutzerklärung erteilen Sie der Stadt Alsdorf die Einwilligung für die erforderliche Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für den vorgenannten Zweck.

Die Einwilligung können Sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen für die Zukunft widerrufen.

Die erfassten personenbezogenen Daten werden **nach 10 Jahren** gelöscht.

Auf Ihre Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Widerspruch bezüglich der Verarbeitung der erfassten personenbezogenen Daten gem. der Art. 15-21 der EU-Datenschutzgrundverordnung wird an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen.

Die rechtlichen Grundlagen bzw. Voraussetzungen werden durch den Datenschutzbeauftragten der Stadt Alsdorf geprüft und überwacht. Bei Fragen können Sie diesen wie folgt kontaktieren:

Christian Dankers
Hubertusstr. 17
52477 Alsdorf
E-Mail: Datenschutz@Alsdorf.de

Bei Beschwerden über das Vorgehen der Stadt Alsdorf in datenschutzrechtlichen Angelegenheiten können Sie die zuständige Aufsichtsbehörde direkt kontaktieren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 01 44
40120 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Ich willige hiermit ein, dass meine Daten zum oben aufgeführten Zweck erhoben und verarbeitet werden.

Alsdorf, den

Name, Vorname (in Klarschrift) / Unterschrift