



Anmeldeformular

Angaben zur Mutter:

Vor- und Nachname	Beruf	
Anschrift, PLZ und Ort		
Tel.-Nr.	Handy-Nr.	E-Mail

Angaben zum Vater:

Vor- und Nachname	Beruf	
Anschrift, PLZ und Ort		
Tel.-Nr.	Handy-Nr.	E-Mail

Angaben zum Kind:

Vor- und Nachname des Kindes	Geb.-Datum	Geb.-Ort <small>(ggf. Entbindungstermin)</small>
Aufnahmedatum:	_____	_____
	<small>(gewünschtes)</small>	<small>(spätestens Aufnahme)</small>
Geschlecht:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
Krankenkasse:	Versichert bei:	
Betreuungszeit: 8.00 Uhr – 15.00 Uhr		

Geschwister?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Alter? _____
--------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------



Behandender Kinderarzt

Name:	Straße:	Tel:
-------	---------	------

Die gesetzlich vorgeschriebene **Belehrung zum Infektionsschutzgesetz** wurde durchgeführt und das Merkblatt des Fachbereiches Gesundheit der Region Hannover wurde ausgehändigt:

O _____
Datum

Die gesetzlich vorgeschriebene **Impfberatung** wurde nachgewiesen* durch:

O Ärztliche Bescheinigung vom: _____
Datum

O Vorsorgeuntersuchungsheft: _____
letzter Eintrag

O Impfausweis _____
letzte Impfung

· Das Datum liegt innerhalb der letzten 6 Monate vor Eintritt in die Einrichtung.

O **Es wurde keine Impfberatung nachgewiesen.**

Liegen mehr Anmeldungen vor, als Plätze vorhanden sind, entscheiden das Team und der Vorstand über die Aufnahme. Schriftliche Absagen können nicht erteilt werden!

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigter

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigter