

**Daten des Kindes:**

Vorname\*: \_\_\_\_\_ Nachname\*: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Wohnsitz des Kindes in PLZ\*: \_\_\_\_\_ Gemeinde\*: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Steuernummer Kind: \_\_\_\_\_

**Besuchszeiten des Kindes in der Kindertagesstätte\*:**

<input type="checkbox"/> Mo _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Di _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Mi _____ Uhr
<input type="checkbox"/> Do _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Fr _____ Uhr	Anzahl Wochenstunden: Anzahl Betreuungstage:

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Start der Betreuung\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende Betreuung\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Angaben zu den Eltern**

	Vater	Mutter
Nachname und Name		
Anschrift	_____ _____	_____ _____
Steuernummer		
Derzeitiger Beruf (oder Zeitraum Mutterschaft angeben)		
Arbeitsverhältnis	a) Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> b) Abhängige Arbeit <input type="checkbox"/>	a) Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> b) Abhängige Arbeit <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber/-Ort		
Arbeitsstätigkeit	a) Vollzeit <input type="checkbox"/> b) Teilzeit mehr als 50 % <input type="checkbox"/> c) Teilzeit bis 50% <input type="checkbox"/>	a) Vollzeit <input type="checkbox"/> b) Teilzeit mehr als 50 % <input type="checkbox"/> c) Teilzeit bis 50% <input type="checkbox"/>
Telefon Arbeit Telefon privat	_____ _____	_____ _____
E-Mail-Adresse		

**Derzeitige Familiensituation (bitte nur ein Feld ankreuzen):**

- Verheiratete Eltern** oder **eheähnliche Familie** (die Eltern des Kindes können auch einen unterschiedlichen Wohnsitz haben).
- Alleinerziehendes Elternteil** (alleinerziehende/r Mutter/Vater, Witwe/r, nicht verheiratet, gesetzlich getrennt/geschieden, welche/r sich alleine um die Erziehung und die Versorgung des Kindes kümmert und **ausschließlich mit dem/den Kind/ern zusammenlebt**).
- Alleinerziehendes Elternteil, das mit anderen Personen, ausgenommen des/der rechtlich anerkannten Vaters/Mutter, zusammenlebt.**
- Eltern, die gesetzlich getrennt/geschieden sind, nicht verheiratet sind und nicht zusammenleben.**

**Besondere Familiensituationen:**

- Besondere Situation gesundheitlicher und/oder psychischer Natur des Kindes** (ärztliches Zeugnis beilegen)
- Notlage bzw. Problemsituation gesundheitlicher und/oder psychischer Natur in der Familie** (nur für zusammenlebende Familienangehörige; ärztliches Zeugnis eines Facharztes, welches die Schwere der Krankheit bestätigt bzw. Bescheinigung einer Invalidität von über 70% beilegen)

**Erklärung**

Ich erkläre, dass alle im Gesuch abgelegten Erklärungen der Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass unwahre und unvollständige Angaben strafrechtlich geahndet werden können (D.P.R. 445 des 28.12.2000).

Ich verpflichte mich, alle wichtigen Veränderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ich erkläre, dass bei meinem Kind alle gesetzlich verpflichtende Impfungen vorgenommen wurden/werden und ich verpflichte mich bei Vertragsabschluss eine gültige Impfdokumentation vorzulegen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich, im Sinne des Gesetzes Nr. 196 vom 30.06.2003, zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch die Sozialgenossenschaft Tagesmütter zu.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Nachträgliche Infos der Sozialgenossenschaft Tagesmütter:**

- aufgenommen am: .....
- Warteliste