



Pfennigparade

Das Rehabilitationszentrum in München

Anmeldeformular Kinderhäuser

Phoenix Schulen und Kitas GmbH

Inklusive Bildung und Konduktive Förderung

Oberföhringer Str. 150, 81925 München

Tel. 089-8393 6393 Fax 089-8393 6395

info@phoenix-kf.de www.phoenix-kf.de

Gewünschte Aufnahme in:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe in der Markomannenstraße | <input type="checkbox"/> Kinderkrippe in der Baubergerstraße |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten in der Markomannenstraße | <input type="checkbox"/> Kindergarten in der Baubergerstraße |
| <input type="checkbox"/> Hort in der Markomannenstraße | <input type="checkbox"/> Hort in der Baubergerstraße |
| <input type="checkbox"/> Waldkindergarten Oberföhring | |
| <input type="checkbox"/> Regelkindergarten mit integrativer Kooperation in der Phoenix GmbH Oberföhringer Straße | |
| <input type="checkbox"/> Hort mit integrativer Kooperation in der Phoenix GmbH Oberföhringer Straße | |

Mein Kind benötigt einen Integrationsplatz: ja nein

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Andere Eltern | <input type="checkbox"/> Ausgelegtes Informationsmaterial, wo? |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin, TherapeutIn, welche? | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle, welche? | <input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige, welche? |
| <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung, welche? | |

Name und Vorname des Kindes:		lebt <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> beim Vater	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:			
Telefonnummer:	Fax:	E-Mail:	
Name Elternteil 1:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:	
Familienstand:		Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:		ganztags / halbtags	
Arbeitgeber:			
Name Elternteil 2:		Geburtsdatum:	
		geborene:	
Anschrift:			
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:	
Familienstand:		Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:		ganztags / halbtags	
Arbeitgeber:			

Geschwister:	Name:	Geburtsjahr:
evtl. andere Erziehungsberechtigte oder BetreuerInnen	Name / Anschrift / Telefonnummer:	

Bisher in der Krippe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit wann?
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)		
Medikamente:		
Kinderarzt:	Name:	Anschrift/Telefon:

bisherige Klinikaufenthalte, etc.		
Krankenkasse	Name	Anschrift
Privat / gesetzlich?		
Zusatzversicherung?	Name	Versicherte/r
Gewünschte Aufnahme in Kindergarten	Datum	
Warum möchten Sie Ihr Kind in eine integrative Kindergartengruppe geben?		

Unterlagen für Aufnahme unbedingt erforderlich (in Kopie)	<input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches <input type="checkbox"/> Berichte über bisherige Klinikaufenthalte <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
---	--

Die Erhebung und die Nutzung der Kind- und familienbezogenen Daten erfolgen unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (§ 35 SGB I; §§ 62 – 65, 83 und 84 SGB VIII; §§ 67 – 78 SGB V).

Wir weisen darauf hin, dass ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz in unserer Einrichtung erst entsteht, wenn ein Betreuungsvertrag zwischen den Eltern und dem Trägervertreter abgeschlossen wurde.

Ort, Datum

Unterschrift