

Kindertagesstätten Buchloe	Träger:
Integrative Kita Don Bosco	Kath. Pfarrkirchenstiftung Mariä Himmelfahrt Augsburger Straße 6, 86807 Buchloe
Kita St. Georg u. Wendelin Lindenberg	Kath. Pfarrkirchenstiftung St. Georg u. Wendelin Augsburger Straße 6, 86807 Buchloe
Kita Buchloer Gennachspatzen	Stadt Buchloe, Rathausplatz 1, 86807 Buchloe
Kita St. Antonia	Stadt Buchloe, Rathausplatz 1, 86807 Buchloe
Kita Buchloer Storchenkinder	Stadt Buchloe, Rathausplatz 1, 86807 Buchloe
Kita Franziskus	Stadt Buchloe, Rathausplatz 1, 86807 Buchloe
Kita Honsolgen	Stadt Buchloe, Rathausplatz 1, 86807 Buchloe

Datenerfassung zur Anmeldung für das Betreuungsjahr 2026/2027

Liebe Eltern, aufgrund des BayKiBiG (Bayerisches Kinder Bildungs- und Betreuungsgesetz) sind wir verpflichtet bei Anmeldung Ihres Kindes nachfolgende Daten aufzunehmen.

Hierfür bitten wir um Beachtung: Bitte melden Sie einen Wohnsitzwechsel (Art. 27 BayKiBiG), der zwischen der heutigen Anmeldung und dem Tag der Aufnahme erfolgt, beim Träger der Kindertagesstätte. Sollte der Wohnsitz außerhalb der Stadt Buchloe liegen, einschließlich Lindenberg, Hausen und Honsolgen, erlischt ihr Antrag auf Aufnahme in einer unserer Einrichtungen.

- Bitte separat für jedes Kind alle vier Seiten vollständig ausfüllen -

Kind:

Name:

Vorname:

Wohnanschrift:

Geburtsort:

Geburtstag:

Kopie der Geburtsurkunde liegt bei ☐ Ja ☐ Nein

Anmeldung am:

gewünschte Aufnahme zum:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Ihr Kind spricht und versteht folgende Sprachen:

Hat Ihr Kind bereits einen Kindergarten besucht: ☐ Ja ☐ Nein

Name der bisherigen Kita _____

Hat Ihr Kind eine Spielgruppe oder ähnliches besucht: ☐ Ja ☐ Nein

Sorgerecht für o.g. Kind: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater

Bei alleinigem Sorgerecht ist ein amtlicher Nachweis hierzu beizufügen:

amtlicher Nachweis Sorgerecht beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein

Abholberechtigt ist / sind: ☐ beide Eltern und

Eine zur Abholung berechtigte Person, muss mindestens 12 Jahre alt sein.

Name: Tel.:

Name: Tel.:

Name: Tel.:

Name: Tel.:

Name: Tel.:

Geschwister:

Anzahl:

1. Name geb.:

2. Name geb.:

3. Name geb.:

Hausarzt Ihres Kindes:

Adresse:

Tel.:

Krankenkasse:

Gesundheitliche Besonderheiten ☐ nein ☐ Ja welche:

(z.B.: Allergien, Medikation, Rückmeldung aus U-Untersuchungen, körperliche Besonderheiten, Therapien, nicht altersgemäße Sprachentwicklung, etc.)

Bei integrativem Betreuungsbedarf; aufgrund: ☐ Behinderung;

☐ drohender Behinderung; ☐ Entwicklungsverzögerung; ☐ _____

sonstiger Grund bitte angeben!

Bescheinigung über Behinderung liegt vor: ☐ Ja ☐ Nein

Eltern:

1. Personensorgeberechtigte/r:

Name:

Vorname:

Wohnanschrift:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Telefon mobil:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Herkunfts nation:

Herkunftsbescheinigung liegt in Kopie vor: ☐ ja ☐ nein

Personensorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein wenn nein: bitte amtlichen Nachweis beifügen

Alleinerziehend: ☐ ja ☐ nein wenn ja: bitte amtlichen Nachweis beifügen

Name:

Bankverbindung:

Bank:

IBAN-Nr.:

Beitragszahler: ☐ ja ☐ nein

2. Personensorgeberechtigte/r:

Name:

Vorname:

Wohnanschrift:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Telefon mobil:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Herkunfts nation:

Herkunftsbescheinigung liegt in Kopie vor: ☐ ja ☐ nein

Personensorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein wenn nein: bitte amtlichen Nachweis beifügen

Alleinerziehend: ☐ ja ☐ nein wenn ja: bitte amtlichen Nachweis beifügen

Name:

Bankverbindung:

Bank:

IBAN-Nr.:

Beitragszahler: ☐ ja ☐ nein

Alle erfassten Daten werden im Rahmen des Datenschutzgesetzes **nur** für verwaltungstechnische Angelegenheiten verwendet.