Anmeldung zum Besuch der Kindertagesstätte „Zwergenschatz“ der Stadt Schwalmstadt

Ich/Wir melde/n hiermit ☐ unsere/meine Tochter ☐ unseren/meinen Sohn

Name: _____ geb. am: _____

Hauptwohnung: _____ Staatsangehörigkeit: _____

ab (Wunschdatum) _____ zur Aufnahme in die Kita „Zwergenschatz“ der Stadt Schwalmstadt an:

Betreuung von Kindern im Kindergartenalter			**Gebühr/Monat:**
☐ **Modul 1** ☒ **Mittagessen**	Montag – Freitag:	07:00 – 13:00 Uhr	**0,00 €** **3,20 €/Mahlzeit**
☐ **Modul 2** ☒ **Mittagessen**	Montag – Freitag:	07:00 – 14:30 Uhr	**37,50 €** **3,20 €/Mahlzeit**
☐ **Modul 3** ☒ **Mittagessen**	Montag – Freitag:	07:00 – 16:30 Uhr	**87,50 €** **3,20 €/Mahlzeit**
☐ **Busdienst**	für die Stadtteile Florshain, Frankenhain und Wiera		**kostenfrei**

Besuchen weitere Kinder der Familie eine Kindertagesstätte in Schwalmstadt verringert sich die Gebühr für das 2. Kind um die Hälfte. Ab dem 3. Kind ist der Gebührenbeitrag kostenfrei.

Neben der Betreuungsgebühr ist eine Nebenkostenpauschale in Höhe von monatlich 10,00 € pro Kind zu zahlen.

	der Mutter / der Stiefmutter	**des Vaters / des Stiefvaters**
Name		
Vorname		
Anschrift		
Familienstand		
☎ privat/dienstlich		
Handy		
Email		

Wer ist im Notfall zuerst zu informieren/erreichbar:

_____ Telefon-Nr. _____

Name, Verwandtschaftsverhältnis

1. Besuchen außer dem aufzunehmenden Kind noch weitere Kinder der Familie eine Kindertagesstätte in Schwalmstadt?

   ☐ nein ☐ ja, Name: _____ voraussichtliche Abmeldung: _____

2. In welcher Krankenkasse ist das aufzunehmende Kind versichert? _____

3. Name und Telefon-Nr. des Hausarztes bzw. Kinderarztes: _____

4. Überstandene Krankheiten des Kindes: _____

5. Letzte Tetanusimpfung am: _____
   Eine Impfbescheinigung zur Vorlage in Kindergemeinschaftseinrichtungen ist gem. § 2 Hess. Gesetzes zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder vom 14.12.2007 vor Aufnahme in die Einrichtung vorzulegen.

6. Angaben über Besonderheiten in der Entwicklung und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes (z. B. therapeutische Behandlung, Förderung durch Frühförderstelle usw.):

   _____

   _____

7. Besondere Gründe, die eine dringende Aufnahme des Kindes rechtfertigen (z. B. alleinerziehend, Krankheit eines Elternteils, kinderreiche Familie, Berufstätigkeit beider Elternteile usw.):

   _____

   _____

8. Ich bin / Wir sind in der Lage, das Benutzungsentgelt für die Kindertagesstätte, den Busdienst, die Nebenkostenpauschale sowie die Verpflegungskosten zu zahlen:

   ☐ Ja, ich/wir werde/n eine Abbuchungsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) der Stadt Schwalmstadt erteilen **(ein entsprechender Vordruck wird Ihnen mit dem Aufnahmebescheid zugesandt)**.

   ☐ Ja, ich/wir werde/n die fälligen Gebühren an die Stadt Schwalmstadt überweisen.

   ☐ Nein, ich/wir werde/n einen Antrag auf Übernahme des Kostenbeitrages beim Amt für Jugend und Familie des Schwalm-Eder-Kreises stellen.

9. Ich/Wir erkenne/n hiermit durch meine/unsere Unterschrift die Satzung über die Benutzung der Kindertageseinrichtungen der Stadt Schwalmstadt vom 21. Juni 2012 sowie die dazu ergangene Kostenbeitragssatzung in der Fassung vom 22. Juli 2022 an. Eine Abschrift der Satzung und Gebührensatzung wurde mir/uns ausgehändigt.

Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werde/n ich/wir der Kindertagesstätten-verwaltung im Rathaus Treysa (Bürgerbüro) umgehend mitteilen.

Wir weisen darauf hin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gem. den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insb. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. § 8 der Kostenbeitragssatzung der Stadt Schwalmstadt verarbeitet werden. Ein Informations- u. Auskunftsrecht über Verarbeitung von personenbezogenen Daten besteht nach Art. 13; 15 DSGVO i. V. m. §§ 51,52 HDSIG.

Des Weiteren willige ich/willigen wir ausdrücklich ein, dass die angegeben Gesundheitsdaten nach der Datenschutzgrundverordnung und dem Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

Schwalmstadt, den _____ _____

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s