



## Anmeldung Kindergarten Wattens 2025/26

### Angaben zum Kind

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Familienname:                      | Vorname:                           |
| Geburtsdatum:                      | Geburtsort:                        |
| Adresse:                           |                                    |
| Männlich: <input type="checkbox"/> | Weiblich: <input type="checkbox"/> |
| Religion:                          | Staatsbürgerschaft:                |
| Erstsprache:                       | Zweitsprache:                      |

### Angaben zum Elternteil 1

|   |  |
|---|--|
| Familienname:   | Vorname:                                   |
| Geburtsdatum:   |  |
| Adresse:  |  |
| Telefon:  | E-Mail:                                    |
| Beruf: _____  | <input type="checkbox"/> Karenz bis: _____ |
| Arbeitsstunden/Woche: _____   | <input type="checkbox"/> Berufstätig       |
| Dienstgeber: _____  | <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend |  |
| Alleinerzieherin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                             |  |
| Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                   |  |

### Angaben zum Elternteil 2

|   |  |
|---|--|
| Familienname:   | Vorname:                                   |
| Geburtsdatum:   |  |
| Adresse:  |  |
| Telefon:  | E-Mail:                                    |
| Beruf: _____  | <input type="checkbox"/> Karenz bis: _____ |
| Arbeitsstunden/Woche: _____   | <input type="checkbox"/> Berufstätig       |
| Dienstgeber: _____  | <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend |  |



|                   |                             |                               |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Alleinerzieherin: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sorgerecht:       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Angaben zu Geschwister/Halbgeschwister

|       |          |
|-------|----------|
| Name: | geb. am: |

## Besuchsvariante

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Betreuung von 7.00 – 13.00 Uhr ( <b>OHNE MITTAGSTISCH</b> )  | <input type="checkbox"/> ja |
| Betreuung von 7.00 – 14.00 Uhr ( <b>INKL. MITTAGSTISCH</b> ):  | <input type="checkbox"/> ja |
| Betreuung von 7.00 – 17.00 Uhr ( <b>INKL. MITTAGSTISCH</b> ):<br>(nur in den Kindergärten Unterdorf 1 & Unterdorf 2 möglich) | <input type="checkbox"/> ja |

**Hinweis: sollten Sie eine Variante bis 14:00 bzw. 17:00 Uhr wählen, bitten wir Sie das Formular „Arbeitsbestätigung“ der Anmeldung beizufügen! DANKE!**

## Einverständniserklärung bzw. Kenntnisnahme

|  |   |
|--|---|
| Ist ihr Kind zurzeit noch in einem anderen Kindergarten eingeschrieben?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ein Austausch von Informationen zwischen Kindergarten und Schule tragen dazu bei, dass gemeinsame Verantwortung für die Bildungsentwicklung des Kindes und der Übergang in die Grundschule übernommen wird.<br>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Kindergarten mit der zuständigen Grundschule entwicklungsrelevante Informationen über mein Kind austauscht.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Um eine positive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen Systempartnern der Einrichtung (u.a. Förderstellen, Therapieeinrichtungen, usw.) gewährleisten und somit die kindliche Entwicklung bestmöglich fördern und begleiten zu können, ist eine transparente Kommunikation äußerst wichtig.<br>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich der Kindergarten bei Bedarf mit den zuständigen Therapeuten vernetzt und entwicklungsrelevante Informationen über mein Kind austauscht. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ich verpflichte mich, Änderungen der persönlichen Daten wie Telefonnummer, Anschrift, Dienstzeiten usw. im Kindergarten bekannt zu geben.  | <input type="checkbox"/> ja                               |



Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Änderung des Tarifs nur semesterweise möglich ist.

ja

Tag des Eintritts:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



**Optionale Angaben:**

**Lebenssituation des Kindes**

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurde Ihr Kind bereits in einer Einrichtung von anderen Personen betreut?  |                             |                               |
| Tagesmutter (Name) _____   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kinderkrippe (Name) _____  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spielgruppe (Name) _____   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind war noch nie von zu Hause weg  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wer lebt mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt?<br>_____  |                             |                               |
| Welche zusätzlichen engen Bezugspersonen hat Ihr Kind?<br>_____  |                             |                               |
| Medienkonsum Ihres Kindes (Stunden/Tag):<br>Fernsehen: _____ Tablett: _____ Handy: _____   |                             |                               |
| Wie ist das Schlafverhalten Ihres Kindes? (Schlafdauer, durchschlafen, ca. von bis)  |                             |                               |
| Mein Kind schläft in der Nacht durch   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Kind wacht in der Nacht öfters auf  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Durchschnittliche Schlafdauer  | von _____                   | bis: _____                    |
| Gibt es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes von denen der Kindergarten in Kenntnis gesetzt werden sollte?<br>(Geburt von Geschwistern, Haustier, Umzug, Unfall, Scheidung, Todesfall...)<br>_____ |                             |                               |
| Was spielt Ihr Kind gerne?<br>_____  |                             |                               |



Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich im Freien? \_\_\_\_\_

## Bisherige Entwicklung & medizinische Informationen

Welche Sprache wird in der Familie vorrangig gesprochen?

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Kind: \_\_\_\_\_ Geschwister: \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie die Sprachentwicklung Ihres Kindes ein?

Muttersprache:

Mein Kind spricht gut verständlich - hat einen großen Wortschatz  ja  nein

Mein Kind spricht wenig - kann sich nicht gut ausdrücken  ja  nein

Mein Kind hat eine verwaschene Sprache  ja  nein

Zweitsprache:

Mein Kind spricht gut verständlich – hat einen großen Wortschatz  ja  nein

Mein Kind spricht wenig – kann sich nicht gut ausdrücken  ja  nein

Mein Kind hat eine verwaschene Aussprache  ja  nein

Mein Kind hat einen Schnuller:

Tag:  ja  nein

Nacht:  ja  nein

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung oder Erkrankungen Ihres Kindes von denen der Kindergarten in Kenntnis gesetzt werden sollte?

ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Kind bereits ein entwicklungsdiagnostisches Gutachten erstellt?

ja  nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Erhält ihr Kind bereits Förderungen oder Therapien? Wenn ja, welche?

Logopädie  Ergotherapie  Frühförderung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mein Kind benötigt eine Windel:

Tag:  ja  nein

Nacht:  ja  nein



Hat Ihr Kind Allergien / Krankheiten / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Braucht Ihr Kind besondere Medikamente?

\_\_\_\_\_

Dürfen wir bei kleineren Verletzungen ein Pflaster kleben?  ja  nein

Behandelnder Arzt / Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r