



Kinderhaus Malerstraße e. V.  
Malerstraße 8  
28207 Bremen

Malerstraße 8 • 28207 Bremen  
Telefon: 0421 498 94 99  
mail@kinderhaus-malerstrasse.de  
www.kinderhaus-malerstrasse.de

IBAN: DE61 2001 0020 0729 0322 05  
BIC: PBNKDEFFXXX  
Postbank –Giro– Hamburg  
Eine Spendenbescheinigung  
kann ausgestellt werden.

**Antrag zur Aufnahme für das Kindergartenjahr vom 1. August 20\_\_ bis 31.  
Juli 20\_\_**

Erstantrag

**Der Kita-Pass und Identifikationsnummer (ID)**

- liegt dem Aufnahmeantrag bei, ID-Nr.: \_\_\_\_\_
- wird nachgereicht
- liegt nicht vor (ID-Nummer muss von der Einrichtung beantragt werden)

**Angaben zum Kind**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w Migrationshintergrund:  Ja  Nein

**Angaben zu den Sorgeberechtigten**

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_ Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Mutter  Vater  Mutter  Vater

Sonstige \_\_\_\_\_  Sonstige \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit/Arbeitssuche/schulische o. berufliche Aus-/Weiterbildung oder Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach SGB II:

Ja  Nein  Ja  Nein

Das Kind lebt bei: \_\_\_\_\_



Malerstraße 8 • 28207 Bremen  
Telefon: 0421 498 94 99  
mail@kinderhaus-malerstrasse.de  
www.kinderhaus-malerstrasse.de

IBAN: DE61 2001 0020 0729 0322 05  
BIC: PBNKDEFFXXX  
Postbank –Giro– Hamburg  
Eine Spendenbescheinigung  
kann ausgestellt werden.

Anzahl Geschwister: \_\_\_\_\_

Anzahl der davon zum Aufnahmezeitpunkt in dieser Einrichtung gleichzeitig in  
Betreuung: \_\_\_\_\_

### Notwendige Förderangebote

- Mein Kind erhält „interdisziplinäre Frühförderung“.
- Mein Kind benötigt eine persönliche Hilfe bzw. ein entsprechender Antrag ist oder  
wird gestellt.

Weitere Hinweise für die Aufnahme u. ggf. Begründung für ergänzende Förderung:

\_\_\_\_\_

Bisherige Betreuung durch: \_\_\_\_\_

### Aufnahme und Bedarfsermittlung

Ich habe/wir haben einen wöchentlichen Betreuungsbedarf von \_\_\_\_\_ Std. (inklusive  
Wegezeiten)

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_

Bescheinigung vom Amt für Soziale Dienste zur Hilfeplanung:  Ja, \_\_\_\_\_ Std./Woche  Nein

### Alternativer Betreuungswunsch

Sollte keine oder keine bedarfsgerechte Aufnahme in unserer Einrichtung/Tagespflege möglich sein,  
haben Sie folgende Optionen (**bitte Zutreffendes ankreuzen**):

- Ich/Wir möchte/n, dass die Anmeldung meines/unseres Kindes auf der internen Warteliste  
dieser Einrichtung geführt wird. Ich/Wir wissen, dass in diesem Fall keine alternative Betreuung  
in einer anderen Einrichtung gesucht wird.
- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Anmeldung weitergegeben werden kann, sofern  
in dieser Einrichtung kein Betreuungsplatz angeboten werden kann.

Ich/wir möchten, dass mir/uns - wenn möglich - von einer anderen Einrichtung/einer  
Kindertagespflegestelle ein Platz angeboten wird. Ich/Wir können uns die Betreuung besonders  
in folgenden Einrichtungen/Tagespflegestellen vorstellen:

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

Wenn keine alternative Einrichtung/Tagespflegestelle einen Betreuungsplatz anbieten kann, wird die  
Anmeldung an das Referat „Tagesbetreuung von Kindern in Einrichtungen und Tagespflege“  
weitergegeben.

### Hinweise:

Um zu gewährleisten, dass alle Gesichtspunkte bei der Entscheidung über die Aufnahme Ihres Kindes  
berücksichtigt werden, bitten wir Sie, die oben stehenden Fragen vollständig zu beantworten.

Alle Angaben werden selbstverständlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen  
vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter / Vater

Unterschrift Vorstand / Fachkraft