

Kindergarten 2024/2025

Besondere Hinweise für die Buchung

Gruppe: grün orange blau gelb

Name des Kindes: _____

I. Herkunftsland der Eltern:

Vater:

deutschsprachiger Raum
nicht deutschsprachiger Raum
als Spätaussiedler anerkannt

Mutter:

deutschsprachiger Raum
nicht deutschsprachiger Raum
als Spätaussiedler anerkannt

II. Hauptsprache in der Familie:

in der Familie wird vorrangig Deutsch gesprochen **nicht** Deutsch gesprochen

III. Beeinträchtigung des Kindes:

Erhält Ihr Kind Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII oder 35 a SGB VIII wegen körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung?

ja (Bestätigung beifügen) nein

IV. Kind unter 3 Jahren bei Buchungsbeginn

ja nein

V. Nachweis über Masernimpfung wurde vorgelegt

ja nein / Attest vom _____

**VI. Nachweis über die Früherkennungsuntersuchung/
Nachweis über ärztliche Impfberatung wurde vorgelegt:**

ja nein / Begründung _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.
Mir ist bekannt, dass Änderungen nach BayKiBiG Art. 26a Abs. 1 unverzüglich mitzuteilen sind.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r