Gemeinde Doberschau-Gaußig
Dobruša-Huska

Gemeinde Doberschau-Gaußig, OT Gnaschwitz
Hauptstr. 13, 02692 Doberschau-Gaußig
☎035930/556060 🖷 035930/5560636
post@doberschau-gaussig.de

Aufnahmeantrag für eine kommunale Kindertageseinrichtung

gemäß der Satzung der Gemeinde Doberschau-Gaußig über die Betreuung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und deren Benutzung (Kita-Satzung) in der derzeit gültigen Fassung

Angaben zum Kind

Name, Vorname:		Geschlecht:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Behinderung: ☐ ja ☐ nein (körperlich, seelisch oder geistig)		Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift: (Str., Hnr., PLZ, Ort)			

Angaben zum/zur Antragsteller(in) / Erziehungsberechtigten

Erziehungsberechtigte(r) 1

Name, Vorname:	
(Mobil-)Telefonnummer(n):	
Wohnanschrift: (Str., Hnr., PLZ, Ort)	

Erziehungsberechtigte(r) 2

Name, Vorname:	
(Mobil-)Telefonnummer(n):	
Wohnanschrift: (Str., Hnr., PLZ, Ort)	

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ verheiratet ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ alleinerziehend[1]: _____ (Name, Vorname)

Vertretung des Kindes gemäß § 1629 BGB (NACHWEISE BEIFÜGEN!):

☐ gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht durch: _____ (Name, Vorname)

[1] „Alleinerziehend ist ein Elternteil, das sein minderjähriges Kind/seine minderjährigen Kinder alleine, also ohne die nicht nur unerhebliche Hilfe anderer Erwachsenen, betreut und erzieht. Es handelt sich dabei um Mütter oder Väter, die ledig, verwitwet, dauernd getrennt lebend oder geschieden sind und keine Haushaltsgemeinschaft mit einer anderen erwachsenen Person bilden (Einelternfamilie). Ist eine andere erwachsene Person, mit Ausnahme der eigenen erwachsenen Kinder, mit Haupt- oder Nebenwohnsitz in der Wohnung des Erziehungsberechtigten gemeldet, ist von einer Haushaltsgemeinschaft auszugehen. Lebt ein Kind zu gleichen zeitlichen Anteilen bei beiden (getrennt lebenden) Elternteilen, ist keiner der Elternteile alleinerziehend.“ (Anlage 6 zu § 6 Abs. 2 der Kita-Satzung)

Geschwister unter 18 Jahren aus demselben Haushalt des Kindes, die eine vergleichbare Kindertageseinrichtung besuchen:

	Name, Vorname	Geburtsdatum
Geschwisterkind 1		
Geschwisterkind 2		
Geschwisterkind 3		
Geschwisterkind 4		

	Name der derzeit besuchten Einrichtung	Ort der Einrichtung
Geschwisterkind 1		
Geschwisterkind 2		
Geschwisterkind 3		
Geschwisterkind 4		

Betreuung

Zutreffende Betreuungsart: ☐ Kinderkrippe ☐ Kindergarten

Gewünschtes Aufnahmedatum (stets der 1. eines Monats)**:**

Wunscheinrichtung: ☐ Kita „Am Wald“ in Gaußig

Benötigte Betreuungszeit[2]:

☐ bis 4,5 Stunden pro Tag ☐ bis 6 Stunden pro Tag

☐ bis 7,5 Stunden pro Tag ☐ bis 9 Stunden pro Tag

☐ bis 10 Stunden pro Tag[3] (**Arbeitgeberbestätigung nötig!**) ☐ bis 11 Stunden pro Tag[3] (**Arbeitgeberbestätigung nötig!**)

Folgendes ist nur auszufüllen, wenn Ihr Kind vorher eine andere Einrichtung besucht hat.

Name und Ort der bisherigen Einrichtung:	
Zeitraum der Betreuung (Datum von bis):	
Täglicher Betreuungsumfang in Stunden:	

Ihre sonstigen Bemerkungen:

[2] Bei Änderung der Betreuungsart- und stunden muss ein Antrag auf Ummeldung von Kinderkrippe in den Kindergarten bzw. auf Änderung der Betreuungsstunden bei der Einrichtung gestellt werden. Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung wird nach § 8a SGB VIII von der Fachkraft wahrgenommen.

[3] Gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 der Kita-Satzung ist bei 10 und 11 Stunden eine **Arbeitgeberbestätigung** einzureichen.

Hinweise:

Die **Elternerklärung über gesundheitliche Beeinträchtigungen** des Kindes muss spätestens am Aufnahmetag der Leitung der Einrichtung vorgelegt werden.

Außerdem müssen Sie vor erstmaliger Aufnahme nachweisen, dass Ihr Kind ärztlich untersucht wurde. Dies können Sie mit der Gelben Karte tun. Dort werden die **Vorsorgeuntersuchungen** im Kindesalter mit den sogenannten U-Untersuchungen bestätigt. Liegt keine Vorsorgeuntersuchung vor, so muss eine ärztliche Bescheinigung (**Arztauskunft**) eingeholt werden.

Weiterhin ist ein Nachweis des **Impfstatus** durch den Impfausweis oder einen ärztlichen Nachweis der Impfungen (Arztauskunft) zu erbringen.

Bitte erteilen Sie uns zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs eine Einzugsermächtigung für die Beiträge. Dies ist gemäß § 6 Abs. 5 Satz 9 der Kita-Satzung verpflichtend. Die Einzugsermächtigung ist gemeinsam mit dem Antrag einzureichen. Die Beiträge werden bis zum 15. des laufenden Monats vom Konto der Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigten abgebucht.

Die Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen elektronisch erfasst und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Eine anderweitige Verwendung ist ebenfalls ausgeschlossen.

Wichtig:

Ich/Wir versichere/n o.g. Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle persönlichen Veränderungen unverzüglich und schriftl. der Leitung der Einrichtung mitzuteilen. Ich/Wir bin/sind mit den in der Satzung der Gemeinde Doberschau-Gaußig über die Betreuung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und deren Benutzung (Kita-Satzung) festgelegten Regeln vertraut gemacht worden und bestätigen deren Einsicht. Ich/Wir erkenne(n) diese als verbindlich an.

Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter 1	Unterschrift Erziehungsberechtigter 2

Gemeinde Doberschau-Gaußig
Dobruša-Huska

Gemeinde Doberschau-Gaußig, OT Gnaschwitz
Hauptstr. 13, 02692 Doberschau-Gaußig
☎035930/556060 🖷 035930/5560636
soziales@doberschau-gaussig.de

Bewilligung/Versagung der Gemeinde zum Aufnahmeantrag für eine kommunale Kindertageseinrichtung (NUR VON DER GEMEINDE AUSZUFÜLLEN)

Kind: _____
(Name, Vorname)

Aufnahmeantrag vom: _____

☐ Versagung

Begründung: _____
_____
_____

☐ Bewilligung

Bewilligte Betreuungsart: ☐ Kinderkrippe ☐ Kindergarten

Bewilligte Betreuungsstunden:

☐ bis 4,5 Stunden pro Tag ☐ bis 6 Stunden pro Tag

☐ bis 7,5 Stunden pro Tag ☐ bis 9 Stunden pro Tag

☐ bis 10 Stunden pro Tag ☐ bis 11 Stunden pro Tag

Aufnahmedatum: _____

Name der Einrichtung: Kita „Am Wald“ Gaußig
OT Gaußig, Pfarrweg 4, 02692 Doberschau-Gaußig

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Öffnungszeiten der Einrichtung

Montag - Freitag 06:30 – 16:30 Uhr
12:00 – 14:00 Uhr Mittagsruhe

Tel.: 035930/50287 Web: https://www.doberschau-gaussig.de/kita-schulen.html
E-Mail: kita.gaussig@doberschau-gaussig.de

SEPA-Lastschriftmandat

ausfüllen und per Post oder direkt an die Gemeindeverwaltung

Absender / Antragsteller:

	Name/ Vorname
	Straße
	PLZ / Ort

Gemeinde Doberschau-Gaußig
OT Gnaschwitz
Hauptstraße 13
02692 Doberschau-Gaußig

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000229916

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Gemeinde Doberschau-Gaußig die nachfolgend gekennzeichneten Abgaben / Steuern unter dem Kassenzeichen/ Kundennummer (Ankreuzen jeweiliges Kassenzeichen – wenn bekannt bitte angeben.) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Doberschau-Gaußig auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

	Abgaben / Steuern	*Kassenzeichen / Kundennummer*
☐	**Grundsteuer**	
☐	**Gewerbesteuer**	
☐	**Hundesteuer**	
☐	**Abwasser**	
☐	**Miete** (Grundmiete und Nebenkosten)	
☐	**Pacht**	
☐	**Friedhofsunterhaltungsgebühr**	
☐	**Kita-Beitrag/Vespergeld**	

Die Belastung soll auf folgendem Girokonto vorgenommen werden:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Name des Kontoinhabers:
(Ausfüllen, wenn der Kontoinhaber mit dem Zahlungspflichtigen nicht übereinstimmt)

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Sofern Sie datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich Ihrer Bankangaben haben, bitte im Umschlag zurücksenden.

Elternerklärung

gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) in der Fassung vom 1. Juni 2023* für die Aufnahme des Kindes in eine Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege

- bei Erstaufnahme
- bei Änderungen während bestehendem Kitabesuch

**Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen des Kindes, die sich in der Kindertagesbetreuung auswirken können, der Leitung der Kindertageseinrichtung oder der Kindertagespflegeperson mitzuteilen.*

Name, Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Anschrift, Telefon-Nr.	

Erkrankungen/Auffälligkeiten - Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen!

Hiermit wird von den Eltern/Sorgeberechtigten erklärt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Datum:)

☐ **keine** gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes vorliegen, die sich in der Kindertagesbetreuung auswirken können oder beachtet werden müssen.

☐ folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen/Einschränkungen des o.g. Kindes vorliegen, die sich in der Kindertagesbetreuung auswirken können:

- ☐ Chronische Erkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Allergien, Diabetes, Herzerkrankungen):
- ☐ Bekannte Unverträglichkeiten (z. B. Unverträglichkeit bestimmter Lebensmittel):
- ☐ Beeinträchtigungen des Sehens:
- ☐ Beeinträchtigungen des Hörens:
- ☐ Sprachliche Auffälligkeiten:
- ☐ Motorische Auffälligkeiten (Bewegung):
- ☐ Sozial-emotionale Besonderheiten:
- ☐ Ansteckende Krankheiten/Infektionserkrankungen:
- ☐ Weitere Erkrankungen:

Ist für das Kind gegebenenfalls ein besonderer Betreuungsbedarf erforderlich?

☐ Ja. Welcher? (bitte benennen)
☐ Nein

Zusätzliche Hinweise:

Impfstatus

Zum Nachweis der erfolgten Impfungen/des Impfstatus wird um Vorlage des Impfausweises oder eines ärztlichen Nachweises der Impfung(en) gebeten.

Alternativ:
Wir erklären, dass wir unsere Zustimmung zu folgenden Schutzimpfungen nicht erteilen:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die o. g. wahrheitsgemäßen Angaben. (Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt.)

Datum	Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

Nachweis

über die ärztliche Untersuchung und die ärztliche Impfberatung für die erstmalige Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung
gemäß § 7 Absatz 1 Satz 2 Sächsischen Gesetzes über Kindertagesbetreuung (SächsKitaG) in der Fassung vom 1. Juni 2023[1] sowie §§ 20 Absatz 9 und 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Name, Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Oben genanntes Kind wurde heute/am _____ ärztlich untersucht.
Dabei wurden aus ärztlicher Sicht folgende betreuungsrelevante Auffälligkeiten festgestellt:

Ist für oben genanntes Kind eine besondere Betreuung erforderlich oder sind besondere Hilfsmittel nötig?
☐ Ja ☐ Nein

Bei „**Ja**“: Es besteht folgender besonderer Betreuungs-/Unterstützungsbedarf:

Das Untersuchungsergebnis ist den Eltern/Sorgeberechtigten mitgeteilt worden.
Ja ☐

Die ärztliche Impfberatung zu einem vollständigen, altersgemäßen Impfschutz[2] des Kindes wurde durchgeführt.
☐ Ja ☐ Nein

Das Kind hat alle öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechend erhalten[3].
☐ Ja ☐ Nein

Das Kind weist einen ausreichenden Immunschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern nach dem Masernschutzgesetz[4] auf:
☐ Ja ☐ Nein*

* Das Kind kann aufgrund einer medizinischen Kontraindikation[5] nicht geimpft werden:
☐ Ja ☐ Nein
Die vorhandene Kontraindikation wurde in der Patientenakte ausreichend begründet.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

[1] SächsKitaG in der Fassung vom 1. Juni 2023 - Der Nachweis der ärztlichen Untersuchung gilt auch zur Vorlage in Kindertagespflegeeinrichtungen gem. § 7 Abs. 1 Satz 5 SächsKitaG.
[2] Die Personensorgeberechtigten sind gem. § 34 IfSG verpflichtet, sich in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) ausreichenden Impfschutz ärztlich beraten zu lassen und einen entsprechenden Nachweis hierüber gegenüber der Kindertageseinrichtung zu erbringen.
[3] In Sachsen gelten die Impfempfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) als öffentliche Empfehlung gem. § 20 (3) IfSG. Kann ein alters- und gesundheitsentsprechender Impfstand des Kindes aus ärztlicher Sicht nicht bescheinigt werden, haben die Personensorgeberechtigten gem. § 7 SächsKitaG gegenüber der Einrichtung eine Erklärung abzugeben, dass sie ihre Zustimmung zu bestimmten Schutzimpfungen nicht erteilen.
[4] 1. - 2. Lj. eine Masernimpfung, > 2. Lj. zwei Masernimpfungen vorhanden
[5] siehe Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen (https://www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/e2.pdf)