

## Anmeldebogen für einen integrativen Kindergartenplatz

Bitte vollständig ausfüllen und an [kinder@pusteblume.info](mailto:kinder@pusteblume.info) senden. Vielen Dank.

### **1. Angaben zum Kind:**

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Wohnadresse:	
Gewünschtes Eintrittsdatum:	
Derzeitiger Betreuungsort:	
Staatsangehörigkeit:	

Geschwister:	1	2	3
Name:			
Geburtsdatum:			

### **2. Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten:**

	Mutter/Sorgeberechtigte(r)	Vater/ Sorgeberechtigte(r)
Name, Vorname		
Adresse:		
Telefon FN: Telefon Mobil:		
Email:		
Beruf:		
Staatsangehörigkeit/Muttersprache:		
Folgende Sprachen werden zu Hause gesprochen:		
Masernimpfung: es liegt eine vollständige Immunisierung unserer Familie (Eltern und Kinder) vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### 3. Angaben zur Entwicklung ihres Kindes:

**Bitte versuchen Sie zu beschreiben Sie welche Bedürfnisse/Förderbedarf Ihr Kind hat?**  
(Falls eine Diagnose vorliegt, bitte diese angeben)

--

<b>Bereich Kommunikation:</b>	
Hat ihr Kind Bedürfnisse im Bereich Kommunikation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls Ja:	Diagnose: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, welche:
	Hat ihr Kind Probleme mit anderen Personen zu kommunizieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wie kommuniziert ihr Kind, wenn es etwas haben will? <input type="checkbox"/> Worte <input type="checkbox"/> Sätze <input type="checkbox"/> Laute <input type="checkbox"/> durch Deuten <input type="checkbox"/> Sonstiges:

<b>Bereich Motorik:</b>	
Hat ihr Kind Bedürfnisse im Bereich Motorik?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, in der Grobmotorik (z.B. rennen, laufen, klettern) <input type="checkbox"/> Ja, in der Feinmotorik <input type="checkbox"/> Ja, in der Grob- und Feinmotorik	
Diagnose: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche:	

<b>Bereich Verhalten:</b>	
Beobachten Sie bei ihrem Kind folgende Verhaltensweisen?:	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> starke motorische Unruhe <input type="checkbox"/> soziale Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit <input type="checkbox"/> keine dieser Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> starke/r Trotz, Wut, Unwillen <input type="checkbox"/> Störung des Essverhaltens <input type="checkbox"/> soziale Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> Sonstiges:

<b>Soziale Beziehungen und emotionale Entwicklung:</b>			
Möchte ihr Kind mit anderen Kindern spielen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Möchte Ihr Kind bei anderen Kindern sein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Gibt es oft Streit mit anderen Kindern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Wie geht Ihr Kind mit einer Streitsituation um?			
Gab es seit der Geburt des Kindes Ereignisse, die das Kind schwer belastet haben? (z.B. Trennungen, Todesfälle, Umzüge, Erkrankungen):			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche:			

<b>Bereich Medizinisches:</b>			
Hat ihr Kind sonstige gesundheitliche Einschränkungen: (z.B. Allergien, Diät, Sondierung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche:			
Benötigt ihr Kind Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche und wofür:			
Erhält ihr Kind eine Therapie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche:			
Benötigt ihr Kind besondere Aufmerksamkeit oder intensive Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche:			
Benötigt ihr Kind eine Individualbegleitung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

<b>Berichte</b>			
Haben Sie Berichte von Ihrem Kind (Bsp.: Kinderarzt, Psychologe, SPZ)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?			
Gerne übersenden Sie uns die Berichte schon vorab oder bringen diese zum Kennenlernen mit.			
Herzlichen Dank.			

#### **4. Besonderheiten einer Elterninitiative:**

Das Konzept einer Eltern-Kind-Initiative sieht vor, dass sich die Eltern selbstständig verwalten und organisieren. Dafür werden alle Aufgaben des Vereins auf alle Eltern verteilt. Die Elterninitiative funktioniert nur, wenn sich alle Eltern engagieren und aktiv einbringen.

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

- Warum möchten sie Teil unserer Eltern-Kind-Initiative werden?

- Was können Sie sich konkret vorstellen, in die Pustebblume einzubringen?

*Bsp.: Umgang mit Finanzen, Webseitenpflege, Handwerkliche Fähigkeiten, organisatorische Aufgaben (Vorstandsposten)*

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Anmeldebogens.

Bitte haben Sie Verständnis, dass die Rückmeldung ein paar Tage in Anspruch nehmen kann.

**Die Abgabe der Anmeldebogens beinhaltet keine Platzgarantie.**

#### **Datenschutz:**

Einwilligungserklärung Datenschutz zur Verwendung Personenbezogener Daten

Der Verein Eltern – Kind – Initiative (EKI) Pustebblume e.V. verwendet die in diesem Anmeldebogen erhobenen Daten, sowie die von Ihnen übersendeten Berichte und Diagnosen, um ein Aufnahmeverfahren zur Besetzung freier Betreuungsplätze für Kinder in der KITA-Eltern – Kind – Initiative Pustebblume e.V. durchführen zu können. Mit der Unterschrift geben Sie Ihre Einwilligung, dass diese Daten erhoben, gespeichert, verarbeitet und verwendet werden.

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

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_