

**AUFNAHMEANTRAG
für MitarbeiterInnen des Universitätsklinikums
KTG, KSG, AFG & HIT**

Studierendenwerk Heidelberg
- KiTa-Verwaltung -
ServiceCenter am Uniplatz
Grabengasse 12
69117 Heidelberg

- *für **Kindergarten INF 159** (3 – 6 Jahre)
 *für **Kindergarten Humboldtstr. 17** (3 – 6 Jahre)
 für **Kinderkrippe Humboldtstr. 17** (0 – 3 Jahre)

(*In der Regel 1. September, abweichende Termine nur, falls Plätze frei sind)

Aufnahme gewünscht ab:

Kind Name + Vorname: _____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Geburtsdatum: _____ Nationalität _____		
Welche Sprachen spricht/ versteht das Kind _____		
Anschrift des Kindes <input type="checkbox"/> wie Mutter <input type="checkbox"/> wie Vater <input type="checkbox"/> andere Anschrift		
Geschwister <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie viele: _____		
Besuchen Geschwister eine unserer Einrichtungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Falls ja, welche Einrichtung:		
Personalien/Anschrift	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
PLZ., Wohnort		
Straße, Hausnummer		
Vorwahl + Tel.-Nr.		
Email		
alleinerziehend (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
alleiniges / gemeinsames Sorgerecht (bei alleinigem Sorgerecht – Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> gemeinsam	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> gemeinsam
Berufstätigkeit		
Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Arbeitgeber:	<input type="checkbox"/> Universitätsklinikum <input type="checkbox"/> Kliniktechniken GmbH (KTG) <input type="checkbox"/> Klinikservice GmbH (KSG) <input type="checkbox"/> Akademie für Gesundheitsberufe (AfG) <input type="checkbox"/> Heidelberger Ionenstrahl Therapie (HIT) <input type="checkbox"/> sonstiger, bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/> Universitätsklinikum <input type="checkbox"/> Kliniktechnik GmbH (KTG) <input type="checkbox"/> Klinikservice GmbH (KSG) <input type="checkbox"/> Akademie für Gesundheitsberufe (AfG) <input type="checkbox"/> Heidelberger Ionenstrahl Therapie (HIT) <input type="checkbox"/> sonstiger, bitte angeben: _____
Beschäftigt als:	<input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Med.Techn. Personal <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> wissensch. MitarbeiterIn <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Med.Techn. Personal <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> wissensch. MitarbeiterIn <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben: _____
Abteilung:		
Schichtdienst? Wenn ja, Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schriftliche Begründung des Antrags und ggf. Schilderung der Umstände, die eine besondere Dringlichkeit für die Aufnahme des Kindes begründen (ggf. weitere Begründung auf separatem Blatt):

Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:

Bescheinigung der **Personalabteilung** über das Angestelltenverhältnis – andere Bescheinigungen werden nicht akzeptiert!

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Absatz 1 Satz 1 b der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und § 4 Landesdatenschutzgesetz (LDSG). Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter folgendem Link: https://www.stw.uni-heidelberg.de/de/kinderbetreuung_downloads.

Ich versichere, alle anstehenden Angaben vollständig, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Das Studierendenwerk versichert, dass die Angaben vertraulich behandelt werden.

Ort und Datum _____

Unterschrift Mutter oder Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Vater oder Sorgeberechtigte/r 2