

**A U F N A H M E A N T R A G**  
für MitarbeiterInnen des Universitätsklinikums  
KTG, KSG, AFG & HIT

An das  
Studierendenwerk Heidelberg  
- KiTa-Verwaltung -  
Marstallhof 1  
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:**

<b>Kind</b> Name + Vorname: _____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Geburtsdatum: _____ Nationalität _____		
Welche Sprachen spricht/ versteht das Kind _____		
<b>Anschrift des Kindes</b> <input type="checkbox"/> wie Mutter <input type="checkbox"/> wie Vater <input type="checkbox"/> andere Anschrift		
<b>Geschwister</b> <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? <b>Wenn ja, Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen!</b>	<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 Speicherung und Verarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 12 LDSG.

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