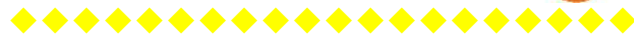


# Matthäuskindergarten



Maria-Gebbert-Str. 9 • 91080 Uttenreuth • Tel.: 09131/55273

Email: matthaeus-kindergarten@nefkom.net

## Voranmeldung für die Schulkinderbetreuung

Diese Vormerkung dient lediglich zur Erfassung der Kinder, die einen Schulkinderbetreuungsplatz in unserer Einrichtung wünschen. Daraus leitet sich kein Anspruch auf einen Platz in unserer Einrichtung ab und die Eltern machen keine Zusage zur verbindlichen Anmeldung in unserer Einrichtung. Die Aufnahme des Kindes gilt erst mit Abschluss des Betreuungsvertrages als verbindlich für beide Seiten. Wenn notwendig, wird die Kindertageseinrichtung die Daten an Träger anderer Tageseinrichtungen im Stadt- oder Gemeindegebiet zum Zwecke des Datenabgleichs übermitteln.

### **Wir bitten um Mitteilung, falls der Betreuungsplatz nicht mehr benötigt wird!**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: p: \_\_\_\_\_ d: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Personensorgeberechtigte\*) Personensorgeberechtigter\*)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Nichtdeutschsprachiger Herkunft:  ja  nein  ja  nein

Arbeitsplatz \_\_\_\_\_

Allein erziehend? \_\_\_\_\_

Ich/wir benötige/n die Betreuung in der Einrichtung voraussichtlich zu folgenden Zeiten:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
von					
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr
bis					
	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr	Uhr

völlig unregelmäßig: .....

täglich durchschnittlich	mehr als 2 bis 3 Std.	mehr als 3 bis 4 Std.	mehr als 4 bis 5 Std.	mehr als 5 bis 6 Std.	mehr als 6 bis 7 Std.
Bitte ankreuzen					

Mit  warmen Essen  kaltem Essen  
Mit  Mittagsschlaf  ohne Mittagsschlaf

Bemerkungen/Wünsche: \_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) spricht das Kind? \_\_\_\_\_

Besonderheiten des Kindes (Behinderung, Krankheiten, Allergien etc.) \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Anspruch auf Eingliederungshilfe wegen Behinderung oder drohender Behinderung nach dem SGB XII

Nein

Ja; Der Eingliederungsbedarf wurde festgestellt von: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung: \_\_\_\_\_

**Geschwisterkind(er) bereits in der Einrichtung?**  Ja  Nein

Anzahl der Kindergeldberechtigten Geschwister: \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_

**Das Kind ist bereits oder wird noch in folgenden Kindertagesstätten vorgemerkt:** \_\_\_\_\_

**Was sollten wir noch wissen**

(z.B. chronische Krankheiten des Kindes, Dringlichkeitsgründe für die Aufnahme, Ende der Elternzeit, ...)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten

\*) Änderungen bitte umgehend schriftlich mitteilen