

## Caritaskindertagesstätte Katterbach

Unter 3 Jahre       ab 3 Jahre  
 25 Stunden       35 Stunden       45 Stunden (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
 Inklusive Betreuung      Zeitlicher Betreuungsbedarf von \_\_\_:\_\_\_ Uhr bis \_\_\_:\_\_\_ Uhr  
Benötigte Betreuungszeiten außerhalb der Öffnungszeit der Kindertagesstätte : von \_\_\_:\_\_\_ Uhr bis \_\_\_:\_\_\_ Uhr

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_ Aufnahmewunsch \_\_\_\_\_

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

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

Bekenntnis: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kindes: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### 1. Personensorgeberechtigte / Personensorgeberechtigter

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

e- Mailadresse: \_\_\_\_\_

Bekenntnis: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### 2. Personensorgeberechtigte / Personensorgeberechtigter

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Bekenntnis: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum von Geschwisterkindern: \_\_\_\_\_

### Besondere Hinweise zur Gesundheit/Allergien/Unverträglichkeiten

Allergien: \_\_\_\_\_ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Krankheiten : \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

Das Kind ist krankenversichert bei: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Wenn Ihr Kind inklusiv betreut werden soll:

Haben Sie bereits eine Frühförderstelle oder SPZ aufgesucht und wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gibt es bereits eine Diagnose und wenn ja, in welchem Bereich hat Ihr Kind erhöhten Förderbedarf: \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind bereits Therapien und wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Das Kind wurde bereits über das Anmeldeportal der Stadt „Little Bird“ angemeldet :  Ja  Nein

Der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes bzw. der Nachweis über eine Impfberatung wird spätestens bei Abschluss des Betreuungsvertrages gegenüber der Leitung der Tageseinrichtung (gegeben durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen.

Berufstätigkeit der Eltern:      Mutter :  ja  nein  in Planung      Vater :  ja  nein  in Planung

### Bemerkungen/ Was ist Ihnen besonders wichtig :

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

(Ort, Datum)

(Erziehungsberechtigter)

# Mögliche Betreuungsformen

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

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Ich wünsche folgende Betreuungszeit (bitte ankreuzen):

**wöchentliche Betreuungszeit von 25 Stunden; täglich von 7:30 Uhr – 12:30 Uhr**

**Bitte beachten Sie:**

Bei dieser Betreuungszeit können Sie und/oder Ihr Kind an keinem Angebot nach 12:30 Uhr teilnehmen, wie zum Beispiel Bastelnachmittage, Ausflüge etc.

Wir achten jedoch darauf, dass auch den Kindern in der 25- Stundenbetreuung alle Bildungsangebote oder Veranstaltungen in einem ausreichenden Rahmen zur Verfügung stehen und in der Bildungsarbeit nicht benachteiligt sind.

An den Angeboten außerhalb der Öffnungszeiten (z.Bsp. St. Martinszug) können alle Kinder mit ihren Familien teilnehmen.

**wöchentliche Betreuungszeit von 35 Stunden, täglich von 7:30 Uhr – 14:30 Uhr**

**wöchentliche Betreuungszeit von 45 Stunden; täglich von 7:30 Uhr – 16:45 Uhr/ Freitags bis 15:45 Uhr**

**Sonstiges :\***

Zeitlicher Betreuungsbedarf von \_\_\_:\_\_\_ Uhr bis \_\_\_:\_\_\_ Uhr

Benötigte Betreuungszeiten außerhalb der Öffnungszeiten der Kindertagesstätte  
von \_\_\_:\_\_\_ Uhr bis \_\_\_:\_\_\_ Uhr

Betreuung während der Schließzeiten der Einrichtung

\* Bei dringenden Betreuungsbedarf außerhalb unserer Kernzeiten und/oder während der Ferienzeiten der Kindertagesstätte melden Sie sich bitte bei der Leiterin, damit eventuell gemeinsam eine Betreuungsmöglichkeit gefunden werden kann.