

Anmeldung zur Kleinkindbetreuung für Kinder von 1 – 2 Jahre

Name des Kindes* _____

Geburtsdatum* _____

Gewünschter Aufnahmetermin*: _____

Gewünschte Einrichtung¹ bitte ankreuzen und ggf. Priorisierung angeben:

Prio	Kinder von 1-2 Jahren	Regelzeit	Verlängerte Öffnungszeiten	Verlängerte Öffnungszeiten PLUS	FLEX 30	GT 39h (Wiesenzauber auch GT 43h)	GT 47h	Platz-sharing
		7:30-12:30 Uhr (+ 2 Nachmittage 14:00-16:00 Uhr)	7:30-13:30 Uhr	13:30-16:00 Uhr	30 min zubuchbar	7:00-15:00 oder 8:00-16:00 Uhr Fr bis 14 Uhr	7:00-17:00 Uhr Fr bis 14 Uhr	2 oder 3 ganze Tage buchbar
Ortsteil Auenstein								
	Schnakenest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Di+ <input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortsteil Ilfeld								
	Wunderland		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Di+ <input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/>			
	Zwergenstube		<input type="checkbox"/>					
Ortsteil Schozach								
	Farbklecks		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mi+ <input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/>			
Einrichtungen freier Träger								
	Dorastift ab 2 Jahre	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Di				
	Qua-Ki		<input type="checkbox"/> Innerhalb der Öffnungszeiten 30-45 Stunden flexibel zu buchen.					
	Wiesenzauber		<input type="checkbox"/> (7h tgl.)			<input type="checkbox"/> (7/8 bis 16 Uhr)	<input type="checkbox"/> (7 bis 17 Uhr)	

(Nachmittagsbetreuung, Verlängerte Öffnungszeiten PLUS und GT-Betreuung erfordern den ausgefüllten Arbeitsnachweis²)

Vor- und Zuname Sorgeberechtigter 1* _____

Vor- und Zuname Sorgeberechtigter 2 (außer bei Alleinerziehenden)* _____

Anschrift* _____

Telefonnummer* _____

Email-Adresse* _____

Wir sind beide berufstätig/werden bei der Aufnahme beide berufstätig sein.

Ich bin alleinerziehend und berufstätig.

Nationalität des Kindes*: _____

Welche Sprache spricht Ihr Kind im Alltag vorrangig?* _____

Gebührenrelevante Informationen:

Mein/Unser Kind hat einen zusätzlichen Förderbedarf oder/und es liegt eine bestehende Diagnose vor oder/und erhält zusätzliche Therapievereinbarungen (z. B. Logopädie, Ergotherapie, etc.).

Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren (zum Zeitpunkt der Aufnahme): _____ Kinder*

Name , geb. am

Name , geb. am

Name , geb. am

Name , geb. am

Ort, Datum* _____

Unterschrift* _____