

Voranmeldung für die Kindertagesstätten

Angaben zum Kind

Name:				
Vorname:		M.		W.
Adresse:				
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:	Konfession:	

Die Aufnahme soll erfolgen zum: _____

Besucht das Kind bereits eine Kindertagesstätte?

Wenn ja, welche? _____ seit dem _____

Ist das Kind in anderen Kindertagesstätten angemeldet?

Ja , welche? _____ Nein

Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung bzw. Verhaltensauffälligkeit vor?

Ja , welche? _____ Nein

Wahl der Einrichtung

Wir machen darauf aufmerksam, dass es nur **eingeschränkte** Wahlmöglichkeiten gibt. Die Entscheidung wird aufgrund der zur Verfügung stehenden freien Plätze und des Einzugsgebiets der jeweiligen Einrichtung getroffen.

	Kindergartenplatz			
	Kindertagesstätte	Einzugsgebiet	Altersstruktur	
	Kita Wirbelwind	Kernstadt Nord	1 - 6 Jahre	
	Kita Südwind	Kernstadt Süd	3 - 11 Jahre	
	Kita Zauberweide	Kernstadt West	1 – 11 Jahre	
	Kita Sonnenwiese	Kernstadt Ost	1 – 11 Jahre	
	Kita Krebsbachstrolche	Kernstadt Mitte	1 – 6 Jahre	
	Kita Hasenburg	Niederissigheim	2 – 6 Jahre	
	Kita Spatzennest	Oberissigheim	2 – 6 Jahre	
	Kita Sternenland	Roßdorf	3 – 11 Jahre	

	Wahl der Betreuungszeit	Gebühren Monatlich
	08:00 bis 12:00 Uhr zzgl. Frühdienst	0,00 €
	08:00 bis 13:30 Uhr	0,00 €
	08:00 bis 13:30 Uhr zzgl. Frühdienst	15,43 €
	08:00 bis 15:00 Uhr	30,84 €
	08:00 bis 15:00 Uhr zzgl. Frühdienst	61,70 €
	08:00 bis 16:30 Uhr	77,09 €
	08:00 bis 16:30 Uhr zzgl. Spätdienst	92,53 €
	08:00 bis 16:30 Uhr zzgl. Frühdienst	107,98 €
	08:00 bis 16:30 Uhr zzgl. Früh- und Spätdienst	123,36 €
	Getränkepauschale: Nur bei Vormittagsbetreuung 07:00 – 12:00 Uhr: 3,50 €	Verpflegungspauschale: 55,00 € / 65,00 € (bei Vollverpflegung 5 Tage in der Woche)

Informationen zur Geschwisterermäßigung erhalten Sie aus dem Infoblatt:
Benutzungsgebühren für die Kindertagesstätten

Geschwister:

Vorname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geburtsdatum:

Besuchen Geschwister derzeit eine Kindertagesstätte / Hort?

Wenn ja: Name der Einrichtung _____ seit dem _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten**Name Mutter / Vater**

Name/ Geburtsname:			Vorname:
Adresse:			
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:	
Telefon – Handy:		E-Mail:	
Arbeitgeber:		Telefon – Arbeitgeber:	
Berufstätigkeit seit:		Wiederaufn. geplant: Ende Elternzeit:	
Beziehen Sie ALG I:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Beziehen Sie ALG II:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Alleinerziehend seit:	Verheiratet seit:	In eheähnlicher Gemeinschaft lebend seit:	

Name Ehepartner / Lebensgefährte/Lebensgefährtin

Name/ Geburtsname:			Vorname:
Adresse:			
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:	
Telefon – Handy:		E-Mail:	
Arbeitgeber:		Telefon – Arbeitgeber:	
Beziehen Sie ALG I:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Beziehen Sie ALG II:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Berufstätigkeit seit:		Wiederaufn. geplant: Ende Elternzeit:	

Hiermit versichere ich, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und mir das Informationsblatt „Aufnahmekriterien“ ausgehändigt wurde. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Gebührensatzung und die Aufnahmekriterien der Stadt Bruchköbel an.:

Datum: _____ Unterschrift Personensorgeberechtigten: _____