

Antrag zur Aufnahme eines Kindes in einen Kindergarten der Samtgemeinde Schwaförden

Ich/Wir beantrage(n) mein/unser Kind ab in folgenden Kindergarten aufzunehmen:

- Casa Kastania, Blockwinkel
- Stocksdorfer Wunderkinder, Ehrenburg
- Löwenzahn, Schwaförden
- Sudwalder Kinderland

Die Regelbetreuung findet von 07.30 Uhr bis 12.30 Uhr statt. Eine Ausweitung der Betreuungszeiten bis 13.30 Uhr oder 14.30 Uhr (ausschließlich mit Mittagessen) ist möglich.

Bitte die täglichen Betreuungszeiten ankreuzen:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> bis 12.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 13.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 14.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> bis 12.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 13.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 14.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> bis 12.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 13.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 14.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> bis 12.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 13.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 14.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Freitag | <input type="checkbox"/> bis 12.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 13.30 Uhr | <input type="checkbox"/> bis 14.30 Uhr |

Abweichend gewünschte Betreuungszeiten:

(Name/Vorname des Kindes)

(Geburtsdatum)

männlich weiblich _____

(Staatsangehörigkeit)

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Wohnort)

Wichtig: Eine Aufnahme Ihres Kindes ist nur möglich, wenn nachweislich zum Aufnahmedatum eine vollständige Impfung gegen Masern besteht!

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Erziehungsberechtigte Person Nr.: 1

Nr.: 2

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Familienstand _____

Anschrift _____

Staatsangehörigkeit _____

Telefon (privat) _____

Telefon (dienstl.) _____

E-Mailadresse _____

Erwerbstätigkeit Ja Nein Ja Nein

Beruf _____

Vollzeit

Teilzeit

Stundenweise

Selbstständig

Geplante Berufs- _____ _____
tätigkeit (ggf.ab wann)

Lebt mit Kind in Ja Nein Ja Nein
gleichem Haushalt

Gemeinsames
Sorgerecht

Alleinerziehend

Alleiniges
Sorgerecht

Geschwister:

Vorname	Geburtsdatum	Besuch einer Einrichtung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sonstige Angaben:

Besondere Gründe für die Aufnahme Ihres Kindes in den Kindergarten:

Bitte geben Sie in der Einrichtung an, ob Ihr Kind frei von ansteckenden Krankheiten ist. Angaben zu überstandenen Kinderkrankheiten, bestehenden Allergien etc. sind zu Beginn eines Kindergartenjahres in einem Formblatt der Einrichtung zu machen. Einzelheiten sprechen Sie bitte jeweils mit den Erzieherinnen ab.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Allgemeine Hinweise:

Die Anmeldefrist für das Kindergartenjahr 2024/2025, welches zum 01.08.2024 beginnt, endet am 31.01.2024. Anmeldungen die nach dem 31.01.2024 eingehen, können nur berücksichtigt werden, sofern noch freie Plätze vorhanden sind!

Weitere Informationen entnehmen Sie der Satzung über die Benutzung und Gebührenerhebung der Kindertagesstätten der Samtgemeinde Schwaförden.

Diese finden Sie auf der Internetseite der Samtgemeinde Schwaförden unter folgendem Link:

<https://www.schwafoerden.de/downloads/satzungen/samtgemeinde/>