

Dieses Formular ist bei folgender Behörde einzureichen:

Gemeinde Heiligengrabe  
Kindertagesstätten  
Frau Mohs/Frau Geyer  
Am Birkenwäldchen 1 a

Sprechzeiten:

Dienstag: 9.00 – 12.00 und 14.00 – 18.00

Donnerstag: 9.00 – 12.00 und 14.00 – 16.00

16909 Heiligengrabe OT Heiligengrabe

Tel.: 03 39 62/ 67 329 oder 67 308 Mail. hauptamt@heiligengrabe.de

## **Betreuung in einer Kindertagesstätte gemäß § 1 Kindertagesstättengesetz (KitaG)**

Hiermit beantrage/n ich/wir aufgrund des §§ 1 und 2 KitaG des Landes Brandenburg in der jeweils gültigen Fassung die Betreuung in einer Kindertagesstätte für **das Kind**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

Das Kind besucht bereits eine Kindertagesstätte ja  nein

falls ja, wann endet dieser Betreuungsvertrag (Abmeldebestätigung ist vorzulegen!)  
\_\_\_\_\_

Ich/Wir beantragen die Betreuung des o.g. Kindes ab dem \_\_\_\_\_

in folgender Kindertagesstätte \_\_\_\_\_

Kinderkrippe

Kind im Alter von 0 bis 3

Kindergarten

Kind im Alter von 3 bis Einschulung

Hort

Die Eingewöhnung erfolgt ab dem \_\_\_\_\_ .

Die gewünschte Betreuungszeit ist täglich \_\_\_\_\_ Stunden

bzw. wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden.

Die Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung/Bestätigung der anderen Kita/Masernschutznachweis

wird bis zum \_\_\_\_\_ in der Kita vorgelegt.

Leidet das Kind an Erkrankungen, die einen erhöhten Förderbedarf und/oder Betreuungsumfang in der Kita erforderlich machen  nein  ja

wenn ja, um welche Erkrankung handelt es sich dabei

---

Ist beim Kind eine Lebensmittelunverträglichkeit/Allergie/Erkrankung bekannt, wodurch die Einnahme der bereitgestellten Mahlzeiten beeinträchtigt werden könnte

nein

ja

wenn ja, um welche Lebensmittelunverträglichkeit/Allergie/Erkrankung handelt es sich dabei

---

In der Familie vorrangig gesprochene Sprache:  deutsch  andere

**Angaben zu den Personensorgeberechtigten**

	Angaben der Mutter:	Angaben des Vaters:
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	_____
Familienstand:	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> geschieden	
	<input type="radio"/> in Lebensgemeinschaft lebend	<input type="radio"/> Wechselmodell
Anschrift:	_____	_____
	_____	_____
Telefon:	privat: _____	_____
	dienstlich : _____	_____
erwerbstätig :	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Arbeitgeber:	_____	_____

**Angaben zu weiteren unterhaltsberechtigten Kindern der Familie:**

Name :	Vorname :	geb. am :
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich erkläre, dass vorstehende Angaben wahr und vollständig sind. Ich weiß, dass wissentlich falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen im Sinne des § 263 StGB strafbar sind und geahndet werden können. Ich verpflichte mich, wesentliche Änderungen in den Einkommens- und Familienverhältnissen unverzüglich mitzuteilen.

Hinweis: Ihre Angaben werden auf der Grundlage der §§ 1,2,17 des Kindertagesstättengesetzes des Landes Brandenburg in der aktuell gültigen Fassung i.V.m. §§ 12 Abs. 1, 13 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt. Sie werden gelöscht, sobald sie nicht mehr erforderlich sind.

Ohne Ihre vollständigen Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden und eine Bereitstellung eines Betreuungsangebotes nicht erfolgen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/en der Personensorgeberechtigten/Eltern