

Dieses Formular ist bei folgender Behörde einzureichen:

Gemeinde Heiligengrabe

Kindertagesstätten

Frau Mohs/Frau Müller

Am Birkenwäldchen 1 a

16909 Heiligengrabe OT Heiligengrabe

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

Sprechzeiten:

Dienstag: 9.00 – 12.00 und 14.00 – 17.00 Uhr

Donnerstag: 9.00 – 12.00 und 14.00 – 16.00 Uhr

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 Eltern

Angaben der Mutter:

Angaben des Vaters:

Name: _____

Vorname: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Personensorgeberechtigt: ja nein ja nein

Bei Alleinerziehenden: Sind Sie allein personensorgeberechtigt? ja nein

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden

in Lebensgemeinschaft lebend Wechselmodell

Anschrift: _____

Telefon: privat: _____

dienstlich : _____

erwerbstätig : ja nein ja nein

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