

## Anmeldung zur Kleinkindbetreuung für Kinder von 1 – 2 Jahren

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Gewünschte Einrichtung <sup>1</sup> bitte ankreuzen und ggf. Priorisierung angeben:

Prio	Kinder von 1-2 Jahren	Regelzeit (nur bis 31.08.2025)	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
<b>Ortsteil Auenstein</b>								
	Schnakenest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Di+ <input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ortsteil Ilsfeld</b>								
	Wunderland		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Di+ <input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/>			
	Zwergenstube		<input type="checkbox"/>					
<b>Ortsteil Schozach</b>								
	Farbklecks		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mi+ <input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/>			
<b>Einrichtungen freier Träger</b>								
	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"/> (Fr bis 16 Uhr)	<input type="checkbox"/> (Fr bis 17 Uhr)	

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname beider Sorgeberechtigten/des Alleinerziehenden

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und Email-Adresse

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

Ich bin alleinerziehend und berufstätig.

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

Aktualisiert: 23.06.2023

<sup>1</sup>Es besteht lediglich ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz. Ein Platz in einer Wunschrichtung ist nur bei freier Platzkapazität möglich.

<sup>2</sup>Der Nachweis ist bei zusammenlebenden Eltern von beiden Elternteilen zu erbringen.

Name des Kindes:

## Nachweis des Arbeitgebers/ der Berufsschule/ Hochschule/etc.<sup>2</sup>

Hiermit bestätigen wir,

Namen Unternehmen/ Hochschule/ Berufsschule etc.

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

dass Frau/Herr

in unserem Unternehmen mit einem Umfang von            % tätig ist.

ein/e Berufsausbildung-/ Qualifizierungsmaßnahme/Studium in  
 Vollzeit oder  
 Teilzeit absolviert.

Die Arbeitszeit ist folgendermaßen verteilt:

Mitarbeiter/in ist tätig	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
vormittags (im Zeitbereich von 7-13:30 Uhr)					
nachmittags (im Zeitbereich von 13:30-16 Uhr)					

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel