Kinder- und Familienzentrum St. Josef

Antrag und Voranmeldung

Angaben zum Kind

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich
Straße	Wohnort
Besonderer Betreuungsbedarf ☐ ja → ☐ Behinderung ☐ chronische Krankheit ☐ Sprachkenntnisse ☐ sonstiges ☐ nein	Besonderer Förderbedarf durch Jugend- und Sozialamt ☐ ja → Bemerkung ☐ nein **Angaben der Personensorgeberechtigten** **Alleinerziehend ☐ ja ☐ nein**
Sprachkenntnisse ☐ deutsch ☐ sonstiges →	Geschwisterkinder in der Einrichtung ☐ ja ☐ nein
Wunschaufnahmedatum	Anzahl Geschwisterkinder U18

Mutter	**Vater**
Nachname	Nachname
Vorname	Vorname
Begründung der Notwendigkeit eines Betreuungsplatzes, zutreffendes bitte ankreuzen ☐ bestehendes Arbeitsverhältnis ☐ selbstständig ☐ arbeitssuchend ☐ Bildungsmaßnahme ☐ schulische- oder betriebliche Ausbildung ☐ Hochschulausbildung ☐ SGB II Leistungen ☐ Sprach- oder Integrationskurs	Begründung der Notwendigkeit eines Betreuungsplatzes, zutreffendes bitte ankreuzen ☐ bestehendes Arbeitsverhältnis ☐ selbstständig ☐ arbeitssuchend ☐ Bildungsmaßnahme ☐ schulische- oder betriebliche Ausbildung ☐ Hochschulausbildung ☐ SGB II Leistungen ☐ Sprach- oder Integrationskurs
Telefonnummer Festnetz	Mobil
E-Mail	

Bitte wählen Sie auf der Rückseite die Betreuungszeit für die Voranmeldung aus!

Bitte beachten Sie, dass die Betreuungsplätze vorrangig an Familien mit Wohnort in Kappelrodeck und Waldulm vergeben werden.

Wichtige Information

Die Kindertageseinrichtung benötigt diese Daten, um die zur Verfügung stehenden Betreuungsplätze anhand bestimmter Kriterien (z.B. Dringlichkeitsgründen) vergeben zu können, sowie Personalplanung vorzunehmen. Alle erbetenen Daten sind freiwillig und werden umgehend gelöscht, sofern kein Aufnahmevertrag zustande kommt.

Die Personensorgeberechtigten willigen hiermit ein, dass die Tageseinrichtung den Kindergärten St. Josef und St. Maria zur Planungszwecken folgende Daten übermittelt: Name, Geburtsdatum und Anschrift des Kindes. Eine schriftliche und verbindliche Bestätigung Ihres Kindergartenplatzes oder gegebenenfalls die Information, dass Ihr Kind auf der Warteliste berücksichtigt wird, erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt.

_____ _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

_____ _____

Annahmetag der Voranmeldung Unterschrift Kindergartenleitung

KiFaZ St. Josef
Schulstraße 30
77876 Kappelrodeck

Fon: **07842 1040**
Fax: **07842 995829**
E-Mail: **kiga.st.josef@kath-achertal.de**

Kinder- und Familienzentrum St. Josef

Für mein Kind benötige ich ab dem _____folgendes Angebot:

Betreuungszeit Ü3

O **Regelgruppe** Mo.-Do 7.30-12.30 Uhr und 14.00-16.30 Uhr
Fr. 7.30-12.30 Uhr

O **Verlängerte Öffnungszeit mit Mittagessen** an folgenden Tagen
Mo-Do. 7.00 -14.00 Uhr
Fr. 7.00 -13.30 Uhr

O Montag	O Dienstag	O Mittwoch	O Donnerstag	O Freitag

O **Verlängerte Öffnungszeit ohne Mittagessen**
Mo-Do. 7.00 -14.00 Uhr
Fr. 7.00 -13.30 Uhr

O Montag	O Dienstag	O Mittwoch	O Donnerstag	O Freitag

O **Ganztagsbetreuung mit Mittagessen** (GT)
Mo.-Do 7.00-16.30 Uhr
Fr. 7.00 -13.30 Uhr

O **Ganztagsbetreuung mit Mittagessen (GT)/ kombiniert mit VÖ oder RG mit oder ohne Mittagessen**

Wochentag	Betreuungsform	mit Mittagessen	ohne Mittagessen
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

O **Waldkindergarten St. Josefs Wölfchen** Verlängerte Öffnungszeit ohne Mittagessen (VÖ)
Mo-Do. 7.00 -14.00 Uhr
Fr. 7.00 -13.30 Uhr

Betreuungszeit U3

O **Krippengruppe Halbtags**
Mo.-Fr. 8.00-12.30 Uhr

O **Krippe verlängerte Öffnungszeit mit Mittagessen** Mo.-Do. von 7.00 -14.00 Uhr, Fr. 7.00-13.30 Uhr

O Montag O Dienstag O Mittwoch O Donnerstag O Freitag

O **Krippe verlängerte Öffnungszeit ohne Mittagessen** Mo.-Do. von 7.00 -14.00 Uhr, Fr. 7.00-13.30 Uhr

O Montag O Dienstag O Mittwoch O Donnerstag O Freitag

O **Krippe Ganztagsbetreuung mit Mittagessen (GT)**
Mo.-Do. 7.00-15.30 Uhr
Fr. 7.00-13.30 Uhr

O **Krippe GT mit Mittagessen (GT)/ kombiniert mit VÖ oder RG mit oder ohne Mittagessen**

Wochentag	Betreuungsform	mit Mittagessen	ohne Mittagessen
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Besonderheiten:
Mein Kind kann wegen Allergien nicht essen: _____
Mein Kind kann aus religiösen oder sonstigen Gründen nicht essen: _____
sonstiges: _____

Anmerkung: Ein Wechsel der Betreuungszeiten ist immer zum 1. eines Monats möglich, die Anmeldung ist für das Quartal verbindlich. Eine Änderung muss bis zum 15. des Vormonats schriftlich erfolgen.
Ganztagsbetreuung setzt eine Teilnahme am warmen Mittagessen voraus.

_____ _____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

KiFaZ St. Josef
Schulstraße 30
77876 Kappelrodeck

Fon: **07842 1040**
Fax: **07842 995829**
E-Mail: **kiga.st.josef@kath-achertal.de**