

Formular zur Vermittlung eines Betreuungsplatzes in der Gemeinde Ammerbuch

Das Formular gilt für folgende Einrichtungen:

Kinderhaus Alemannenweg Entringen, Ev. Kindergarten Entringen, Kindergarten Pfäffingen, Kinderkrippe Ammerland Pfäffingen, Kath. Kindergarten Poltringen, Kinderhaus Wolfsberg Reusten, Kinder- und Familienzentrum Am Alten Ämmerle Altingen, Kindergarten Roßbergstraße Altingen und Kindergarten Breitenholz, MütZe Rasselbande und Kleine Strolche.

| |
|---|
| Gemeinde Ammerbuch Sachgebiet Familie, Bildung, Kultur Kirchstraße 6 72119 Ammerbuch |
|---|

| |
|--|
| <p>Anmeldung für einen Kindergartenplatz:</p> <p>30.04. für die Aufnahme in den Monaten September bis Dezember 30.09. für die Aufnahme in den Monaten Januar bis März 31.12. für die Aufnahme in den Monaten April bis Juli</p> <p>Anmeldung für einen Krippenplatz: 6 Monate vor gewünschtem Aufnahmetermin</p> |
|--|

- Anmeldung**
 Änderung
 Wechsel von Krippe in Kindergarten

1. Angaben zum Kind:

| | | | |
|-------------------|--------------------------|---|--------------|
| Name | Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | Geburtsdatum |
| Straße/Hausnummer | PLZ / Ort / Gemeindeteil | Besuchte Krippe (nur ausfüllen, wenn Wechsel von Krippe U3 in Kindergarten U3): | |

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Name der Mutter | Vorname |
| Anschrift (falls abweichend vom Kind) | |
| Telefonnummer | E-Mailadresse |
| | |
| Name des Vaters | Vorname |
| Anschrift (falls abweichend vom Kind) | |
| Telefonnummer | E-Mailadresse |

3. Geschwisterkinder, die zum Familienhaushalt gehören und Kindergeld beziehen

| Name, Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | Geburtsdatum | besucht folgende Einrichtung |
|---------------|---|--------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. Aufnahmewunsch (Name oder Ort der Kindertagesstätte)

| |
|--------------|
| 1. Priorität |
| 2. Priorität |
| 3. Priorität |

| |
|--|
| Gewünschter Aufnahmezeitpunkt (Monat/Jahr) |
|--|

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Betreuungsform an. (Bitte beachten Sie, dass **nicht** in jeder Einrichtung alle Betreuungszeiten oder Altersstufen möglich sind. Bei Ganztagsbetreuung (GT) muss eine Arbeitgeberbescheinigung beigefügt werden)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HT (Halbtagsöffnungszeit 24/25 Std./Woche) | <input type="checkbox"/> Betreuungsplatz unter 3 Jahre |
| <input type="checkbox"/> RG (Regelöffnungszeit 29 bis 30 Std./Woche) | <input type="checkbox"/> Betreuungsplatz über 3 Jahre |
| <input type="checkbox"/> VÖ 30 (verlängerte Öffnungszeit 6 Std. täglich) | |
| <input type="checkbox"/> VÖ 35 (verlängerte Öffnungszeit 7 Std. täglich) | |
| <input type="checkbox"/> GT (Ganztagesbetreuung Mo-Do., auch einzelne Tage, bitte Arbeitgeberbescheinigung beifügen) | |

| |
|--|
| Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten |
|--|