



E-Mail.: kita-carl-hesse@ewetel.net / Tel.: 04231 - 931911

An die Leitung der
Kindertagesstätte Carl-Hesse-Straße
Frau Kuhlemann
Carl-Hesse-Straße 55
27283 Verden (Aller)

Während des Aufnahmeverfahrens
Rückgabe spätestens bis zum **28.02.2020.**

Absender:

1. Sorgeberechtigte/r

Straße, PLZ Ort

Tel.-Nr.

2. Sorgeberechtigte/r

Straße, PLZ Ort

Tel.-Nr.

Betreuung meines/unseres Kindes im Kindergartenjahr 2020/2021

Sehr geehrte Frau Kuhlemann,

für mein/unser Kind _____

Name des Kindes, Geburtsdatum, Nationalität

- männlich
 weiblich
 divers

beantrage/n ich/wir für das Kindergartenjahr 2020/2021

- die Aufnahme in die Kindertagesstätte
 einen Wechsel der Kernbetreuungszeit (z. B. vormittags auf ganztags)
 mein/unser Kind soll in der Gruppe für Krippenkinder (Kinder im Alter von 1 bis 3 Jahren) aufgenommen werden
 die Aufnahme/Änderung soll zu Beginn des Kindergartenjahres (01.08.2020) erfolgen
 die Aufnahme/Änderung soll zum _____ erfolgen

Ich/Wir wünsche/n mir/uns folgenden Betreuungsumfang:

Kernbetreuungszeit	Sonderöffnungszeiten
<input type="checkbox"/> Vormittagsgruppe 08:00 - 12:00 Uhr	<input type="checkbox"/> Frühdienst von 07:00 - 08:00 Uhr <u>oder</u>
<input type="checkbox"/> verlängerte Vormittagsgruppe 08:00 - 14:00 Uhr <input type="checkbox"/> mit Mittagessen <input type="checkbox"/> ohne Mittagessen	<input type="checkbox"/> Frühdienst von 07:30 - 08:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Ganztagsgruppe 08:00 - 16:00 Uhr <input type="checkbox"/> mit Mittagessen <input type="checkbox"/> ohne Mittagessen	<input type="checkbox"/> Mittagsdienst für die Vormittagsgruppe von 12:00 - 12:30 Uhr
<input type="checkbox"/> Hort (Kinder von 6 bis 14 Jahren) 13:00 - 15:00 Uhr <input type="checkbox"/> 5x wöchentlich <input type="checkbox"/> 3x wöchentlich Montag bis Mittwoch <input type="checkbox"/> mit Mittagessen <input type="checkbox"/> ohne Mittagessen	<input type="checkbox"/> Mittagsdienst für die verlängerte Vormittags- gruppe von 14:00 - 14:30 Uhr
<input type="checkbox"/> Hort (Kinder von 6 bis 14 Jahren) 13:00 - 17:00 Uhr <input type="checkbox"/> 5x wöchentlich <input type="checkbox"/> 3x wöchentlich Montag bis Mittwoch <input type="checkbox"/> mit Mittagessen <input type="checkbox"/> ohne Mittagessen	<input type="checkbox"/> Spätdienst für die Ganztagsgruppe von 16:00 - 16:30 Uhr <u>oder</u> <input type="checkbox"/> Spätdienst für die Ganztagsgruppe von 16:00 - 17:00 Uhr

Eine Verlängerung der beantragten Betreuungszeit ist im laufenden Kindergartenjahr nur im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten möglich.

Sollte der Wunschplatz nicht zur Verfügung stehen, würde/n ich/wir die Aufnahme meines/unseren Kindes in eine der folgenden **städtischen** Kindertagesstätten akzeptieren:

1. Ersatzwunsch: Ganztagsgruppe oder Vormittagsgruppe oder verlängerte Vormittagsgruppe
in der Kindertagesstätte _____

2. Ersatzwunsch: Ganztagsgruppe oder Vormittagsgruppe oder verlängerte Vormittagsgruppe
in der Kindertagesstätte _____

Zurzeit besucht mein/unser Kind

- keine Kindertagesstätte
 die _____gruppe der Kindertagesstätte _____.

Ich habe mein Kind

- in keiner anderen Kindertagesstätte angemeldet
 in der _____gruppe der Kindertagesstätte _____
angemeldet.

Zu meiner/unserer persönlichen Situation mache ich folgende Angaben, die - sofern ein Auswahlverfahren zur Vergabe der Plätze in den Gruppen notwendig wird - herangezogen werden dürfen:

- Ich bin alleinerziehend in dem Sinne, dass nur ich mit meinem Kind/meinen Kindern in einer Wohnung/einem Haus zusammen lebe und
 übe eine Berufstätigkeit/Schule/Studium aus bzw.
 suche nach einer Berufstätigkeit/Schule/Studium
 strebe zzt. keine Berufstätigkeit/Schule/Studium an

ODER

- Wir (die Eltern oder ein Elternteil mit Partner) sind beide berufstätig/gehen zur Schule/studieren bzw. werden die Berufstätigkeit/Schule/Studium nach Ende der Elternzeit wieder aufnehmen.

ODER

- Einer der Partner (des Elternpaares oder ein Elternteil mit Partner) ist berufstätig/geht zur Schule/studiert, der andere Partner möchte eine Berufstätigkeit/Schule/Studium ausüben.

ODER

- Einer der Partner (des Elternpaares oder ein Elternteil mit Partner) ist berufstätig/geht zur Schule/studiert und der andere Partner sucht zurzeit bewusst keine Berufstätigkeit/Schule/Studium.

- Mein/Unser Kind hat Geschwister. Ja, im Alter von _____ Jahren Nein
 Ein Geschwisterkind wird bereits in der gewünschten Kernbetreuungszeit der Einrichtung betreut.
 Ein Geschwisterkind geht zur Schule.
 Das angemeldete Kind besucht bereits die Krippengruppe der angemeldeten Einrichtung.
 Es liegt ein besonderer Aufnahmegrund vor (z. B. schwerer Krankheitsfall in der Familie oder ähnliche Situationen, die die Betreuung des Kindes zu Hause erschweren)

Zum Beleg dieser Angaben habe ich diesem Antrag folgende Unterlagen beigefügt:

- Arbeitsbescheinigung (auf beigefügtem Vordruck)**
 Studium- bzw. Schulbescheinigung
 Bestätigung über eine erfolgte Impfberatung (auf beigefügtem Vordruck)
 ggf. Begründung des besonderen Aufnahmegrundes

Einrichtung von Gruppen und/oder Sonderöffnungszeiten

Aufgrund der Anmeldezahlen (mindestens 5 Kinder) und der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel wird entschieden, ob die gewünschten Gruppen und/oder Sonderöffnungszeiten tatsächlich eingerichtet werden. Sollte eine Gruppe aufgrund von geringer Anmeldezahlen nicht zustande kommen, wird eine alternative Betreuungsmöglichkeit in der angemeldeten oder einer anderen Kindertagesstätte angeboten.

Hinweise zum Datenschutz

Alle Angaben in diesem Antrag werden für die Entscheidung über die Vergabe eines Platzes in einer Kindertagesstätte in der Stadt Verden benötigt (§ 5 des Nieders. Gesetzes über Tageseinrichtungen für Kinder).

Eine Verweigerung der Auskunft kann zur Folge haben, dass der gewünschte Kindertagesstättenplatz nicht zugewiesen wird (Verpflichtung zur Mitwirkung gemäß § 21 Abs. 2 SGB X).

Verden (Aller), den _____

Unterschrift(en) der/des Sorgeberechtigten

Bestätigung über eine erfolgte Impfberatung

Name des Kindes _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir bezüglich meines/unseres Kindes von meinem/unserem Kinder-/Hausarzt über die aktuellen Impfempfehlungen beraten worden bin/sind und weise/n dies nach durch die Vorlage (Zutreffendes bitte ankreuzen) bzw. die Abgabe einer Kopie

des Vorsorgeheftes (letzte U-Untersuchung) meines/unseres Kindes.

des Impfausweises meines/unseres Kindes.

einer Bescheinigung des Kinder-/Hausarztes über eine Impfberatung (Achtung - ggf.kostenpflichtig!)

Datum: _____ Unterschrift/en: _____

Bestätigung durch die Kindertagesstätte/Verwaltung:

Der Nachweis (z. B. Impfausweis/Vorsorgeheft) hat vorgelegen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Arbeitsbescheinigung zur Anmeldung für einen Betreuungsplatz in einer Kindertagesstätte der Stadt Verden (Aller) (Für jedes berufstätige Elternteil vom Arbeitgeber auszufüllen!)

Frau/Herr _____
(Name und Anschrift)

ist bei uns beschäftigt.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

und ist folgendermaßen verteilt:

Montag _____ Uhr bis _____ Uhr

Dienstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Mittwoch _____ Uhr bis _____ Uhr

Donnerstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Freitag _____ Uhr bis _____ Uhr.

Unregelmäßige Schichtarbeit:

Sie/Er befindet sich in Elternzeit.

Die Elternzeit endet am _____.

Sie/Er wird die Berufstätigkeit **vor Ende** der Elternzeit ab dem _____
wieder aufnehmen.

Danach wird die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit voraussichtlich

_____ Stunden betragen und folgendermaßen verteilt:

Montag _____ Uhr bis _____ Uhr

Dienstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Mittwoch _____ Uhr bis _____ Uhr

Donnerstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Freitag _____ Uhr bis _____ Uhr.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Arbeitsbescheinigung zur Anmeldung für einen Betreuungsplatz in
einer Kindertagesstätte der Stadt Verden (Aller)**
(Für jedes berufstätige Elternteil vom Arbeitgeber auszufüllen!)

Frau/Herr _____
(Name und Anschrift)

ist bei uns beschäftigt.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

und ist folgendermaßen verteilt:

Montag _____ Uhr bis _____ Uhr

Dienstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Mittwoch _____ Uhr bis _____ Uhr

Donnerstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Freitag _____ Uhr bis _____ Uhr.

Unregelmäßige Schichtarbeit:

Sie/Er befindet sich in Elternzeit.

Die Elternzeit endet am _____.

Sie/Er wird die Berufstätigkeit **vor Ende** der Elternzeit ab dem _____
wieder aufnehmen.

Danach wird die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit voraussichtlich

_____ Stunden betragen und folgendermaßen verteilt:

Montag _____ Uhr bis _____ Uhr

Dienstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Mittwoch _____ Uhr bis _____ Uhr

Donnerstag _____ Uhr bis _____ Uhr

Freitag _____ Uhr bis _____ Uhr.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers