

Zentrale Vormerkung für Ihren Kita-Platz

Anmeldende Person:

Anrede: Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Staatsangehörigkeit: _____

Verhältnis zum Kind: _____

Angabe zur Familiärer Situation: alleinerziehend verheiratet
 Partner lebt im selben Haushalt sonstiges

Sorgeberechtigter 1:

Berufliche Situation: berufstätig nicht berufstätig
 arbeitssuchend in Ausbildung/Weiterbildung
 in Elternzeit bis _____

Beschäftigungsumfang: 0 Std/Woche 1-8 Std/Woche 9-15 Std/Woche
 16-27 Std/Woche 28-31 Std/Woche 32 Std/Woche und mehr

Sorgeberechtigter 2:

Berufliche Situation: berufstätig nicht berufstätig
 arbeitssuchend in Ausbildung/Weiterbildung
 in Elternzeit bis _____

Beschäftigungsumfang: 0 Std/Woche 1-8 Std/Woche 9-15 Std/Woche
 16-27 Std/Woche 28-31 Std/Woche 32 Std/Woche und mehr

Kinder in der Familie unter 18: _____

NUR bei Krippenbetreuung:

Anzahl der Betreuungstage pro Woche: 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage

Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geschlecht: Junge Mädchen divers

Wechsel aus anderer Einrichtung: Nein Ja, Einrichtung: _____

Grund: _____

Aufnahme gewünscht am: _____._____._____ Aufnahme zu einem späteren Zeitpunkt möglich

Wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten (z.B. Förderbedarf etc.):

Gewünschtes Betreuungsangebot:

- Krippenbetreuung altersgemischte Gruppe ab 2 Jahren Kindergarten
 Regelbetreuung (Betreuung an Vor- und Nachmittag mit Unterbrechung über Mittag)
 Verlängerte Öffnungszeiten (Durchgängige Betreuung bis zu 6 Stunden)
 Verlängerte Öffnungszeiten plus (Durchgängige Betreuung bis zu 7 Stunden)
 Ganztagesbetreuung (Durchgängige Betreuung bis zu 8 Stunden)

Einrichtung 1:

Gewünschte Einrichtung: _____

- Ein Geschwisterkind besucht bereits diese Einrichtung
 Hat schon die Krippe in der Einrichtung besucht

Einrichtung 2:

Gewünschte Einrichtung: _____

- Ein Geschwisterkind besucht bereits diese Einrichtung
 Hat schon die Krippe in der Einrichtung besucht

Einrichtung 3:

Gewünschte Einrichtung: _____

- Ein Geschwisterkind besucht bereits diese Einrichtung
 Hat schon die Krippe in der Einrichtung besucht

Falls in diesen Einrichtungen kein Platz frei ist: Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben auch an andere Einrichtungen weitergegeben werden können, wenn für mein Kind in den ausgewählten Einrichtungen kein Platz vorhanden ist: Ja Nein

Datenschutzerklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben von der zentralen Stelle der Stadt Gaildorf eingesehen und bearbeitet sowie den von mir ausgewählten Einrichtungen nur eingesehen werden können. Die Daten, die an die ausgewählten Einrichtungen weitergegeben werden, kann ich mir in einer Liste anzeigen lassen. Die Daten werden von der zentralen Stelle gelöscht, sobald das Kind in einer Einrichtung verbindlich angemeldet und aufgenommen ist und die Angaben für eine weitere Vermittlung nicht mehr erforderlich sind. Auf meinen ausdrücklichen Wunsch, der gegenüber der zentralen Stelle bei der Kommune, welche unter der E-Mail-Adresse (kitaplatz@gaildorf.de@gaildorf.de) erreichbar ist, kund zu tun ist, werden die Daten jederzeit gelöscht. Falls ich der Einwilligungserklärung **nicht zustimme, kann ich an diesem Verfahren nicht teilnehmen**. Mir ist bekannt, dass ich mich dann direkt mit der Ansprechpartnerin bei der Stadt Gaildorf in Verbindung setzen kann unter 07971/253-178.

Ort, Datum

Unterschrift