

**Wird durch die Einrichtung ausgefüllt**

Antrag erhalten am:

Angenommen von:

Ev. Kindertagesstätte Völkenrode/Watenbüttel



**Aufnahmeantrag Ev. Schulkindbetreuung Völkenrode und Watenbüttel**

<b>Adresse:</b>	
<b>Tel.:</b>	<b>Handy:</b>
<b>Email:</b>	

Aufnahme erwünscht zum: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Schulzeit	13.00 – 16.00 Uhr <input type="checkbox"/>	30,00 € pro Kind / Monat + 65,00 € Mittagessen
	13.00 – 16.00 Uhr <input type="checkbox"/>	SGBII Empfänger beitragsfrei + Mittagessen
Ferien	8.00 – 16.00 Uhr <input type="checkbox"/>	Ferienprogramm + Mittagessen
	8.00 – 16.00 Uhr <input type="checkbox"/>	SGBII Empfänger beitragsfrei + Mittagessen

**1. Erklärung**

Hiermit melde(n) ich (wir) mein (unser) Kind an.

Das Angebot der Schulkindbetreuungsgruppe umfasst die Betreuung von Grundschulkindern inklusive der Mittagsverpflegung, Hausaufgabenbetreuung und Freizeitangeboten, während der Schulzeit in den Zeiten wie oben angegeben / in den Ferien ab 8:00 Uhr. Es wird ein Betreuungsentgelt entsprechend der aktuellen Entgelt-Staffel der Stadt Braunschweig erhoben. Nachstehende Angaben überlasse(n) ich (wir) für Zwecke der Prüfung meiner (unserer) Bewerbung dem Fachbereich Kinder, Jugend und Familie der Stadt Braunschweig und der Ev. Kirchengemeinde Völkenrode – Watenbüttel.

Der elektronischen Speicherung zur Unterstützung der Bearbeitung stimme(n) ich (wir) zu. Ich akzeptiere die allgemeinen Vertragsbedingungen der Einrichtung.

**2. Angaben zum Kind**

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Nationalität</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sprachen</b>	1.	2.

Schule	Klasse	ggf. Klassenlehrer/in
--------	--------	-----------------------

### 3. Daten der Familie/Sorgeberechtigten

<b>Mutter/Lebenspartnerin</b> (Vorname, Name, Geburtsdatum)	Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> berufstätig in der Zeit von:       Uhr  bis:                       Uhr  Anzahl der Wochenstunden: (Nachweis des Arbeitgebers)  <input type="checkbox"/> in einer Ausbildung oder beruflichen Eingliederungsmaßnahme (Nachweis)  <input type="checkbox"/> Studium/schulische Weiterbildung (Immatrikulations- oder Schulbescheinigung)  <input type="checkbox"/> arbeits- und erwerbssuchend  <input type="checkbox"/> Elternzeit bis :  <input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme nach Elternzeit ab: (Nachweis des Arbeitgebers)  <b>Bitte geben Sie Ihre im gewünschten Aufnahmejahr aktuellen, Nachweise bis 31.01. des entsprechenden Jahres in der Einrichtung ab.</b>
Anschrift <input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> andere Anschrift (bitte angeben)	
Telefon Festnetz/Mobil: Mail:	Telefon Arbeitsstelle:
<b>Vater/Lebenspartner</b> (Vorname, Name, Geburtsdatum)	Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> berufstätig in der Zeit von:       Uhr  Anzahl der Wochenstunden: (Nachweis des Arbeitgebers)  <input type="checkbox"/> in einer Ausbildung oder beruflichen Eingliederungsmaßnahme (Nachweis)  <input type="checkbox"/> Studium/schulische Weiterbildung (Immatrikulations- oder Schulbescheinigung)  <input type="checkbox"/> arbeits- und erwerbssuchend  <input type="checkbox"/> Elternzeit bis :  <input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme nach Elternzeit ab: (Nachweis des Arbeitgebers)  <b>Bitte geben Sie Ihre, im gewünschten Aufnahmejahr aktuellen, Nachweise bis 31.01. des entsprechenden Jahres in der Einrichtung ab.</b>

Anschrift <input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> andere Anschrift (bitte angeben)	
Telefon Festnetz/Mobil: Mail:	Telefon Arbeitsstelle:

### 3.2 Geschwister

	1	2	3
Vorname, Name			
Geburtsdatum			
Ggf. in welcher Kita oder Schulkindbetreuung			
Lebt im gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 4. Zusätzliche Angaben

Schulsituation (Stärken, Schwächen, Probleme)	
Besondere Interessen/Hobbys	

<input type="checkbox"/> Das Kind lebt <b>gemeinsam</b> mit den Eltern in einem Haushalt. <input type="checkbox"/> Das Kind lebt <b>bei einem Elternteil</b> (der andere Elternteil lebt <b>nicht</b> in diesem Haushalt) <input type="checkbox"/> Das Kind lebt <b>nicht</b> bei seinen Eltern oder einem Elternteil. Das Kind lebt im Wechsel bei dem Vater und der Mutter.
--

Das Kind hat folgende Besonderheiten z.B. Allergien, Krankheiten die für die Betreuung wichtig sind
---

<input type="checkbox"/> Die Familie/ Mutter/ Vater erhält Unterstützung vom Fachbereich Kinder Jugend und Familie <input type="checkbox"/> Andere Unterstützung:
<input type="checkbox"/> Die Familie/ Mutter/ Vater erhält Arbeitslosengeld II nach dem SGB II <input type="checkbox"/> Andere unterstützende Leistungen:

**Haben Sie Ihr Kind evtl. auch in einer anderen Einrichtung angemeldet?**

Ja, in folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

Nein

**Warum ist Ihnen die Aufnahme Ihres Kindes in die Einrichtung wichtig?**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des / der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

---

**Von der Einrichtung auszufüllen:**

Nachweis	liegt vor für Mutter/erhalten am:	liegt vor für Vater/erhalten am:	Bemerkungen
Bescheinigung Arbeitszeit			
Bescheinigung „Arbeitssuchend“			
Immatrikulations- oder Schulbescheinigung			
Sonstiges			

Ggf. Erläuterungen:

Interne Vermerke (Einrichtungsleitung):