

Datum: \_\_\_\_\_

Zuständigkeit: \_\_\_\_\_

## Anfrage Kindertagespflege

Kontaktaufnahme durch: \_\_\_\_\_  telefonisch  persönlich

Kind/Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  ♂  ♀ geb. \_\_\_\_\_

Kind/Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  ♂  ♀ geb. \_\_\_\_\_

Behinderung:  ja  nein, Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Welche Sprache wird vorrangig in der Familie gesprochen?  deutsch  andere \_\_\_\_\_

Erziehungsverantwortung/Sorgerecht: \_\_\_\_\_

Mutter Nachname: \_\_\_\_\_ Vater/Partner Nachname: \_\_\_\_\_

Mutter Vorname: \_\_\_\_\_ Vater/Partner Vorname: \_\_\_\_\_

Mutter Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Vater/Partner Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Asylsuchend:  ja, Status: \_\_\_\_\_  ja, Status: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Arbeit/Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

Betreuungszeiten: \_\_\_\_\_

Stadtteile: \_\_\_\_\_ Mobilität: Auto  ÖPNV  Fuß/Rad

Antrag WiHi/JC  ja  nein Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ U-Heft vorgelegt  ja  nein, weil \_\_\_\_\_

Die Eltern wurden auf die Wichtigkeit und Bedeutung der Reihenuntersuchung hingewiesen.

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gegebenen Daten und Informationen zum Zwecke der Vermittlung weitergegeben werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass die Kindertagespflege eine Form der öffentlich geförderten Betreuung ist. Ich/wir verpflichte/n mich/uns Anträge zu Kostenübernahme rechtzeitig zu stellen.*

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des/des Personenberechtigten

Vorerfahrung mit Fremdbetreuung: \_\_\_\_\_

Kontakt zu anderen Kindern: \_\_\_\_\_

Entwicklung des Kindes: (Motorik, Verhalten, Sprache, Windeln, etc.) \_\_\_\_\_

Besondere Hinweise: (Schlafrhythmus, Essgewohnheiten, Familiengeschichte, Geburt, etc.) \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: (Allergien, Krankheiten, Behinderungen, etc.) \_\_\_\_\_

Erwartungen/Wünsche an TPP: (Alter, Familiensituation, Haustiere, etc.) \_\_\_\_\_

Erziehungsvorstellungen: \_\_\_\_\_

Ersatzbetreuungsperson: \_\_\_\_\_

Wer darf abholen: \_\_\_\_\_

Von wem an *agita* verwiesen: \_\_\_\_\_

Pers. Beratung ja  nein  Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**Betreuung erwünscht ab:** \_\_\_\_\_

Sonstige Notizen: \_\_\_\_\_

Vermittlung / Kontaktweitergabe		Datum:
<input type="checkbox"/> Email (archivieren)..... <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> telefonisch		
Name der TPP / Betreuungseinrichtung: * *		
<input type="checkbox"/> Email (archivieren)..... <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> telefonisch		
Name der TPP / Betreuungseinrichtung: * *		

TPP-VERTRAG:  ja, mit wem? \_\_\_\_\_  nein

# ANMELDEFORMULAR

LL-LH-Waterloostr.

LL-LH-Yorckstr.

LL-Pfersee

LL-Hochzoll-Süd

**Datum**

---

**Gewünschter Start**

---

**Gewünschte Betreuungszeiten**

		Mo	Di	Mi	Do	Fr
Nachm.	15					
Mind. 2 Tage	20					
Mind. 3 Tage	25					
Mind. 4 Tage	30					
Mind. 5 Tage	35					
	40					
	45					
	50					

Wie haben Sie von uns erfahren?

Empfehlung      Agita      Internet      Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie Ihr Kind noch in anderen Einrichtungen angemeldet? JA      NEIN

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Welche Einrichtung ist Ihr Favorit? \_\_\_\_\_

Bitte stufen Sie Ihre Priorität ein:    1      2      3