



Ramona Frings\* Rundstraße 30\* 52249 Eschweiler

Sie erreichen mich persönlich  
Montag bis Freitag  
von 10:00 bis 12:30 Uhr  
unter 0173-9010402



## Anfrage auf ein *Betreuungsplatz* / *Anmeldedatenblatt*

|                    |                                    |                                      |                                |
|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Name des Kindes    | <input type="text"/>               | Geschlecht                           | <input type="text"/>           |
| Vorname des Kindes | <input type="text"/>               | Geburtstag                           | <input type="text"/>           |
| Straße             | <input type="text"/>               | Religion                             | <input type="text"/>           |
| Ort                | <input type="text"/>               | Staatsangehörigkeit                  | <input type="text"/>           |
| Konfession         | Katolisch <input type="checkbox"/> | Evangelisch <input type="checkbox"/> | Keine <input type="checkbox"/> |

Betreuungsbeginn

Betreuungsende



|                     | Mutter               | Vater                |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Familienname        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname             | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Staatsangehörigkeit | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nationalität        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon Nr. privat  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon dienstlich  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sorgerecht          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

bitte ankreuzen

|                     |                      |                      |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Betreuer/ Vormund   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ggf. Name / Tel. Nr | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse:            | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Beruf der Mutter** \_\_\_\_\_

Adresse der Firma \_\_\_\_\_

Tel: der Firma \_\_\_\_\_

**Arbeitszeiten der Mutter**

Mo \_\_\_\_\_ Di \_\_\_\_\_ Mi \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_

**Beruf des Vaters** \_\_\_\_\_

Adresse der Firma \_\_\_\_\_

Tel: der Firma \_\_\_\_\_

**Arbeitszeiten des Vaters**

Mo \_\_\_\_\_ Di \_\_\_\_\_ Mi \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_

**Öffnungszeiten der Kindertagespflege Sternschnuppe**

Die Betreuungszeiten werden immer den Anfragen angepasst.

Verbindliche Anmeldung (zählt nur bei direkter Zustimmung der Tagespflegeperson)

Anfrage auf ein Betreuungsplatz

**Gewünschte Betreuungsform:**

Regelplatz (15 – 20 Std. Wöchentlich) im Zeitraum von 08:00 – 12:00 Uhr

über Mittag (30 – 35 Std. Wöchentlich) im Zeitraum von 07:00 – 14:30 Uhr

evtl. gewünschte Betreuungszeiten müssen abgeklärt werden ob es umsetzbar ist.

Die Betreuungszeiten passe ich immer der derzeitig gebuchten Betreuungskinder an.

Mo \_\_\_\_\_ Di \_\_\_\_\_ Mi \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_

Individuelle Betreuungszeiten

Mo \_\_\_\_\_ Di \_\_\_\_\_ Mi \_\_\_\_\_ Do \_\_\_\_\_ Fr \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Die Personensorgeberechtigten stellen einen Antrag auf Kindertagespflege beim Jugendamt der **Stadt Eschweiler**.

Die Personensorgeberechtigten erklären sich damit einverstanden, dass die angegebenen Daten zur Erstellung des Vertrages verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Tagespflegeperson