

# Aufnahmeantrag für Kinder in Ludwigsburger Kindertageseinrichtungen

## Anmeldung für

Nachname		Vorname
Geburtsdag (zum Beispiel 24.02.1999)	Gewünschter Aufnahmeterrn	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge
Religionszugehörigkeit	Staatsbürgerschaft	Muttersprache

## Antragstellerin / Sorgeberechtigte:

Nachname		Vorname
Straße		Hausnummer
Wohnort	Stadtteil	Postleitzahl
E-Mail Adresse		Telefon

Sorgeberechtigt (bitte ankreuzen):    Ja    Nein

## Antragsteller / Sorgeberechtigter:

Nachname		Vorname
Straße		Hausnummer
Wohnort	Stadtteil	Postleitzahl
E-Mail Adresse		Telefon

Sorgeberechtigt (bitte ankreuzen):    Ja    Nein

Zu meiner Familie gehören zusätzlich folgende **Kinder unter 18 Jahren, für die ich Kindergeld erhalte** und die **in meinem Haushalt wohnen**:

Name, Vorname	geb. am	Name, Vorname	geb. am
1.		3.	
2.		4.	

**Besonderheiten** in Bezug auf das Kind (z. B. Allergien, Entwicklungsverzögerungen) auf die Sorgeberechtigten (z.B. alleinerziehend, berufstätig, in Ausbildung, im Studium) bezüglich der Gründe für die Aufnahme:

---



---

**Ich melde mein Kind in folgender Einrichtung an (Wunsch 1):**

Ist ein Geschwisterkind zurzeit in der Einrichtung aufgenommen?  ja  nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
 Daneben kann ich mir den Besuch in folgenden Einrichtungen vorstellen:

---

Sollte in der erstgenannten Wunscheinrichtung kein Platz vorhanden sein, bin ich mir bewusst, dass mein Kind auf die Anmelde-liste der oben genannten weiteren Einrichtung(en) kommt.  
 ja  nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sollte wider Erwarten in allen oben genannten Wunscheinrichtungen kein Platz vorhanden sein, wenden Sie sich bitte ab dem 30.04. an die Beratungsstelle der Stadt.  
 Gerne können Sie sich beim nächsten Anmeldeverfahren erneut in Ihrer Wunscheinrichtung anmelden.

**Die gewünschte Betreuungszeit ist:** \_\_\_\_\_

**Folgende Betreuungszeit(en) sind alternativ für mein Kind möglich:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vor- und Nachmittagsbetreuung ohne Mittagsbetreuung (Regelgruppe)               | <input type="checkbox"/> 8 Stunden täglich zusammenhängend = 40 Stunden/Woche (verpflichtend mit Mittagessen)  |
| <input type="checkbox"/> 6 Stunden täglich zusammenhängend = 30 Stunden/Woche (optional mit Mittagessen) | <input type="checkbox"/> 9 Stunden täglich zusammenhängend = 45 Stunden/Woche (verpflichtend mit Mittagessen)  |
| <input type="checkbox"/> 7 Stunden täglich zusammenhängend = 35 Stunden/Woche (optional mit Mittagessen) | <input type="checkbox"/> 10 Stunden täglich zusammenhängend = 50 Stunden/Woche (verpflichtend mit Mittagessen) |
|  | <input type="checkbox"/> 11 Stunden täglich zusammenhängend = 55 Stunden/Woche (verpflichtend mit Mittagessen) |

Ich habe mich über die Konzeption, Öffnungszeiten und das Eingewöhnungsmodell der angegebenen Einrichtung(en) informiert.  ja  nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte senden Sie den Antrag in Kopie an die Stadt Ludwigsburg (Adresse s.u.).

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in der zentralen Anmelde-liste gespeichert werden. Sind Sie mit der Weitergabe der Anmeldung und der Datenspeicherung nicht einverstanden, ist dies schriftlich einzureichen.

Stadt Ludwigsburg  
 Fachbereich Bildung und Familie  
 Beratungsstelle  
 Mathildenstraße 21/1  
 71638 Ludwigsburg

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift/en Antragssteller/Antragsstellerin (Sorgeberechtigte Person/en)

wird von der Einrichtung ausgefüllt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum: Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empfangsbestätigung durch Name der Einrichtung und Unterschrift Mitarbeiter/in	

wird von der Stadtverwaltung ausgefüllt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum: Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empfangsbestätigung dieses Antrags durch Unterschrift Mitarbeiter/in	