

Absender

Name, Vorname Eltern

Vorname des Kindes

Straße

Geburtsdatum des Kindes

Wohnort

Dö

Gn

Rü

Kriterien zur Priorisierung von Aufnahmen in Kindertageseinrichtungen der Gemeinde Pliezhausen

Zuständiges Kinderhaus _____

Betreuungsform Montag VÖ GT
Dienstag VÖ GT
Mittwoch VÖ GT
Donnerstag VÖ GT
Freitag VÖ

Geschwisterkinder _____ Zahl

gleiche Einrichtung

andere Einrichtung/en _____

Familienstand _____ Alleinerziehend ja nein

Berufstätigkeit Mutter _____% in Ausbildung ja nein

Vater _____% in Ausbildung ja nein

Bestätigung Arbeitgeber über Arbeitszeit (bitte beifügen)

Ausübung eines ehrenamtlichen Bereitschaftsdienstes z.B. DRK, Telefonseelsorge, Hospiz, Feuerwehr, THW? (bitte Bestätigung beifügen)

Familie in besonders belasteter Situation? ja nein

Evtl. Kind mit besonderem Unterstützungsbedarf? ja nein

Evangelische Einrichtung erwünscht? ja nein

Datum, Unterschrift