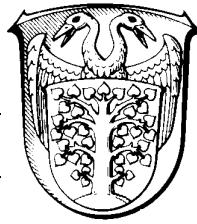


# STADT LINDEN

## Der Magistrat



Magistrat der Stadt Linden  
Kitaverwaltung  
Konrad-Adenauer-Straße 25  
35440 Linden

(vom Sachbearbeiter auszufüllen)

Debitor: \_\_\_\_\_

ID Kind: \_\_\_\_\_

erfasst am: \_\_\_\_\_

### Grunddatenblatt zur Antragstellung auf einen Betreuungsplatz

U2-Platz  
ab 10.LM

U3-Platz  
ab 22.LM

Ü3-Platz  
ab 34.LM

#### 1. Daten des zu betreuenden Kindes

Name		Vornamen	
Geschlecht		Geburtsdatum	
Geburtsland		Geburtsort	
Sprache		Religion	
1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit	

#### 2. Persönliche Daten der Erziehungsberechtigten

Name der <u>Mutter</u>		Vorname	
Geburtstag		Geburtsland	
Sprache		Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Religion	
Festnetz		Mobilfunk	
E-Mail			
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Anschrift			
Mobilität zur Kita	<input type="checkbox"/> Fahrzeug vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht mobil / Fußweg	
Berufsbezeichnung			

Angaben zur aktuellen beruflichen Situation, bitte entsprechende Nachweise vorlegen:

<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> in Vollzeit	<input type="checkbox"/> in Teilzeit	<input type="checkbox"/> in Elternzeit
<input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> freiberuflich	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> AZUBI
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Hausfrau		

Name des <u>Vaters</u>		Vorname	
Geburtstag		Geburtsland	
Sprache		Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Religion	
Festnetz		Mobilfunk	
E-Mail			
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Anschrift			
Mobilität zur Kita	<input type="checkbox"/> Fahrzeug vorhanden <input type="checkbox"/> nicht mobil / Fußweg		
Berufsbezeichnung			

Angaben zur aktuellen beruflichen Situation, bitte entsprechende Nachweise vorlegen:

<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> in Vollzeit	<input type="checkbox"/> in Teilzeit	<input type="checkbox"/> in Elternzeit
<input type="checkbox"/> angestellt im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> freiberuflich	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> AZUBI
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Hausfrau		

### 3. Angaben zu Geschwisterkindern

Name	Vorname	Geburtsdatum	Betreut in / bei

#### 4. Fördermaßnahmen

Erhält Ihr Kind besondere Fördermaßnahmen oder sind Fördermaßnahmen beantragt?

Ja  Nein

Antragstellung bei / am:

Wenn „Ja“, welche?

#### 3. Betreuungsort

#### Aufnahme ab:

#### 4. Angebot Betreuungszeit

\*

Kita Obergasse Obergasse 38		ab 22 Monaten Angebot A, B, C oder D
Kita Lindener Zwerge Bahnhofstr. 1a		ab 22 Monaten Angebot A, B, C oder D
Kita Stadtzentrum Konrad-Adenauer-Str. 27		ab 12 Monaten Angebot A, B oder C
Kita Regenbogenland Schulstr. 14		ab 12 Monaten Angebot A, B oder C
Kita Kinder(T)räume Pauluswiese 12		ab 12 Monaten Angebot A, B, C oder D
Städt. Waldkita „Wurzelkinder“ Waldstr. 33, Leihgestern		ab 36 Monaten Angebot E oder F
<u>Evangelischer</u> <u>Kindergarten</u> Liebigstr. 2		ab 22 Monaten Angebot A, B, C oder D
<u>Ev. Waldkindergarten</u> <u>„Forstifanten“</u> Linden-Forst		ab 36 Monaten Angebot E oder F

<b>A</b> 7.00 bis 13.00 Uhr + optional Mittagessen	
<b>B</b> 7.00 bis 15.00 Uhr + Mittagessen	
<b>C</b> 7.00 bis 16.30 Uhr + Mittagessen	
<b>D</b> 7.00 bis 13.00 Uhr Kein Mittagessen	
<b>E</b> 7.30 bis 13.15 Uhr Kein Mittagessen	
<b>F</b> 7.30 bis 14.30 Uhr + Mittagessen	

#### 5. Betreuungswunsch

<b>Gewünschtes Aufnahmedatum:</b>	
---------------------------------------	--

bitte favorisieren Sie Ihre Reihenfolge von 1 - 9

Das Tagespflegebüro Eltern helfen Eltern e.V. steht Ihnen zur Vermittlung eines Betreuungsplatzes und Beratung mit fachkundiger Beratung zur Seite.

Büro Eltern helfen Eltern e. V.  
Rooseveltstr.3  
35394 Gießen  
Mo - Fr. 9:00 - 12:00 Uhr  
Tel: 0641 3012579  
E-Mail: [c.rinn@ehe-giessen.de](mailto:c.rinn@ehe-giessen.de)

habe ich Interesse

habe ich kein Interesse

Mehr Informationen finden sie auch unter [www.ehe-giessen.de](http://www.ehe-giessen.de)

Wir wurden darüber informiert, dass die Datenweitergabe zur Einlösung des Rechtsanspruchs gem. § 24 SGB VIII an andere Träger von Einrichtungen, das Kindertagespflegebüro und den zuständigen Jugendhilfeträger erforderlich ist und erklären unser Einverständnis.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

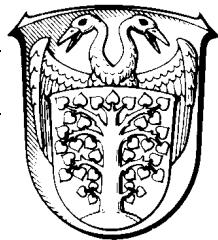
Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters

Hinweis: Die aktuelle Satzung finden Sie auf der Homepage der Stadt Linden oder im Rathaus.  
Weitere Informationen zu Tagesmüttern oder dem Tagespflegeprojekt AWO finden Sie unter  
<https://www.linden.de/leben-wohnen/familie/kindergarten-tageseinrichtungen.html> (Stand 03/2021)

# STADT LINDEN

## Der Magistrat



### **Die Gesundheit von Kindern rechtzeitig stärken und fördern**

Damit wir Ihr Kind optimal in seiner Entwicklung unterstützen können, ist die jeweilige Einrichtung auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn niemand kennt Ihr Kind besser als Sie! Dazu benötigen wir Informationen, die sich auf seine bisherige Entwicklung beziehen.

Im Folgenden haben wir dazu einige Fragen zusammengestellt:

**Name des Kindes:**

***Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit?***

**(z.B.: Allergien, Asthma, Epilepsie, Diabetes, Neurodermitis, ...)**

nein    ja, folgende:

***Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?***

nein    ja, folgende:

***Wurde Ihr Kind zu früh geboren?***

nein    ja – bitte angeben

***Gab es im Verlauf der bisherigen Entwicklung nennenswerte Verzögerungen?***

- Sprachliche Entwicklung:

nein    ja, folgende:

---

- Motorische Entwicklung:

nein    ja, folgende:

---

- Soziale Entwicklung:

nein    ja, folgende:

### **Bekam oder bekommt Ihr Kind Fördermaßnahmen und/oder Therapien?**

- Krankengymnastik:  nein  ja – seit:  
\_\_\_\_\_
- Ergotherapie:  nein  ja – seit:  
\_\_\_\_\_
- Logopädie:  nein  ja – seit:  
\_\_\_\_\_
- Frühförderung:  nein  ja – seit:  
\_\_\_\_\_
- Weitere Fördermaßnahmen:  nein  ja – seit:  
\_\_\_\_\_

Bitte benennen:

---

### **Impfpflicht gegen Masern ab 1. März 2020**

Für Menschen in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen gilt ab 1. März 2020 eine Impfpflicht gegen Masern. Das Gesetz für den Schutz vor Masern sieht vor, dass **vor** der Aufnahme des Kindes in eine Kindertagesstätte, das Kind gegen Masern geimpft oder bereits immun ist. **Ohne ausreichenden Masernschutz dürfen Kinder nicht in Kitas aufgenommen werden.**

Alle Kinder, die mindestens **ein Jahr** alt sind, müssen **eine** Masern-Schutzimpfung oder eine Masern-Immunität aufweisen. Alle Kinder, die mindestens **zwei Jahre** alt sind, müssen mindestens **zwei** Masern-Schutzimpfungen oder ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen.

Ein ausreichender Masernschutz beim Kind liegt vor:

ja (wird in der Kita innerhalb des Aufnahmeverfahrens eingesehen)  
 nein (muss bis zur Aufnahme erfolgen)

---

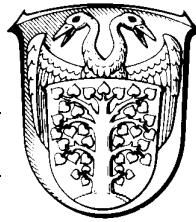
Ort und Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

# STADT LINDEN

## Der Magistrat



### Kindesmutter/Kindesvater

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

bei

### Firma /Organisation

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner (Name, E-Mail, Telefon):

für \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche

### Für folgende wöchentlichen Arbeitszeiten (bei Teilzeit bitte Uhrzeit eintragen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					

(Bei Schichtarbeit ist zusätzlich ein Monatsschichtplan vorzulegen)

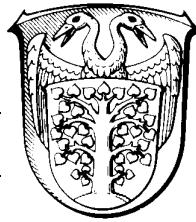
bis zum \_\_\_\_\_ befristet angestellt ist / an der Maßnahme teilnimmt.  
 unbefristet beschäftigt ist.

Firmenstempel

Datum, Unterschrift

# STADT LINDEN

## Der Magistrat



### Kindesmutter/Kindesvater

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

bei

### Firma /Organisation

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ansprechpartner (Name, E-Mail, Telefon):

für \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche

### Für folgende wöchentlichen Arbeitszeiten (bei Teilzeit bitte Uhrzeit eintragen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					

(Bei Schichtarbeit ist zusätzlich ein Monatsschichtplan vorzulegen)

bis zum \_\_\_\_\_ befristet angestellt ist / an der Maßnahme teilnimmt.  
 unbefristet beschäftigt ist.

Firmenstempel

Datum, Unterschrift