

**Betreuungsplatz in einer  
Kindertageseinrichtung der  
Hansestadt Havelberg als Träger**



für mein/ unser **Kind**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnanschrift

**Geschwisterkinder** (auch wenn diese außerhalb von Havelberg eine Kindertageseinrichtung besuchen)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnanschrift	Kindertages- einrichtung

**Personensorgeberechtigte**

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer
<b>Vater</b>				
<b>Mutter</b>				

**Hinweis:**

Entsprechend dem Masernschutzgesetz müssen Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr **vor** Aufnahme in der Kindertageseinrichtung, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Masern-Impfung vorweisen. Ab dem zweiten Lebensjahr müssen mindestens zwei Masernschutzimpfungen nachgewiesen oder eine ausreichende Immunität gegen Masern (§ 20 Abs. 8 Satz 2 Infektionsschutzgesetz) nachgewiesen werden. Wer wegen einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann, ist ausgenommen. Hierüber ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

Der Nachweis kann durch den Impfausweis, eine Impfbescheinigung oder – insbesondere bei bereits erlittener Krankheit – ein ärztliches Attest gegenüber der Leitung der Einrichtung **vor Aufnahme** erbracht werden. Ebenfalls möglich ist die Bestätigung einer zuvor besuchten Einrichtung, dass ein entsprechender Nachweis bereits dort vorgelegen hat.

**Ohne diesen Nachweis darf das Kind nicht in einer Kindertageseinrichtung betreut werden.**

**Antrag auf Betreuung:**

für mein/ unser Kind ab \_\_\_\_\_

- Kita (Mehrfachauswahl möglich):**
- Regenbogen
  - Zwergenland
  - Kunterbunt

Tägliche Betreuungszeit von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

- 5 Stunden
- 6 Stunden
- 7 Stunden
- 8 Stunden

Ist ein erweiterter ganztägiger Betreuungsplatz entsprechend §3 (4) Kinderförderungsgesetz Land Sachsen-Anhalt erforderlich?

- JA**                       **NEIN**

wenn ja (Begründung auf Folgeseite erforderlich):

- 9 Stunden
- 10 Stunden

**Begründung für die Erforderlichkeit einer erweiterten ganztägigen Betreuung:**

Name 1. Personensorgeberechtigte/r	Name 2. Personensorgeberechtigte/r
<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit/ Selbständigkeit des 1. Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit/ Selbständigkeit des 2. Personensorgeberechtigten
<input type="checkbox"/> Ausbildung, Fortbildung, Studium des 1. Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Ausbildung, Fortbildung, Studium des 2. Personensorgeberechtigten
<input type="checkbox"/> Umschulung des 1. Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Umschulung des 2. Personensorgeberechtigten
<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen
<input type="checkbox"/> sonstige familiäre Gründe (mit Erläuterung !)	<input type="checkbox"/> sonstige familiäre Gründe (mit Erläuterung !)
Unterschrift des 1. Personensorgeberechtigten	Unterschrift des 2. Personensorgeberechtigten

**Änderung auf Betreuung:**

Mein/ unser o.g. Kind soll ab \_\_\_\_\_ wie folgt betreut werden:

Tägliche Betreuungszeit von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

- 5 Stunden
- 6 Stunden
- 7 Stunden
- 8 Stunden

Ist ein erweiterter ganztätiger Betreuungsplatz entsprechend §3 (4) Kinderförderungsgesetz Land Sachsen-Anhalt erforderlich?

- JA**       **NEIN**

wenn ja (Begründung auf Folgeseite erforderlich):

- 9 Stunden
- 10 Stunden

**Begründung für die Erforderlichkeit einer erweiterten ganztätigen Betreuung:**

Name 1. Personensorgeberechtigte/r	Name 2. Personensorgeberechtigte/r
<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit/ Selbständigkeit des 1. Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit/ Selbständigkeit des 2. Personensorgeberechtigten
<input type="checkbox"/> Ausbildung, Fortbildung, Studium des 1. Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Ausbildung, Fortbildung, Studium des 2. Personensorgeberechtigten
<input type="checkbox"/> Umschulung des 1. Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Umschulung des 2. Personensorgeberechtigten
<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen
<input type="checkbox"/> sonstige familiäre Gründe (mit Erläuterung !)	<input type="checkbox"/> sonstige familiäre Gründe (mit Erläuterung !)
Unterschrift des 1. Personensorgeberechtigten	Unterschrift des 2. Personensorgeberechtigten

**Abmeldung:**

Mein/ unser o.g. Kind besucht zurzeit die Kindertageseinrichtung: \_\_\_\_\_

Mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ möchte/n ich/ wir mein/ unser Kind abmelden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte

**Ich/ wir wurden darüber informiert, dass mein(e)/ unser(e) Kind(er) ab Vollendung des 2. Lebensjahres in die Kindertageseinrichtung „Zwergenland“ umgesetzt werden kann/ können. Hiermit stimme ich einer Umsetzung in die Kita „Zwergenland“**

zu

nicht zu

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte