



Das Spatzennest

Familienzentrum
Kindertagesstätte
Gemeinde Leopoldshöhe

Starenweg 26
Tel. 05202 - 80934

kitaspatzennest@leopoldshoehe.de

www.kitas-leopoldshoehe.de

Anmeldung

Daten des Kindes

Name, Vorname _____

Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Telefon _____

Angaben über chronische und besondere Krankheiten, Allergien, Verhaltensweisen bzw. Auffälligkeiten des aufzunehmenden Kindes:

Unser Kind erhält Frühförderung ja nein

Angaben über Familienverhältnisse

Name, Vorname des Vaters ,Beruf _____

Name, Vorname der Mutter, Beruf _____

Geschwister Anzahl/ Geburtsdatum 1 _____

2 _____

3 _____

Anschrift und ggf. Telefon von Angehörigen oder autorisierten Personen in erreichbarer Nähe:

Betreuungsbedarf

Verbindlich gewünschte Betreuungszeit zum: _____ **Datum**

<input type="checkbox"/>	Bis zu 25 Std. pro Woche*	<input type="checkbox"/>	Bis zu 25 Std. pro Woche flexibel *
<input type="checkbox"/>	Bis zu 35 Std. im Block pro Woche	<input type="checkbox"/>	Bis zu 35 Std. pro Woche flexibel *
<input type="checkbox"/>	Bis zu 35 Std. über Mittag geteilt pro Woche*	<input type="checkbox"/>	Bis zu 45 Std. pro Woche

*Siehe Anlage

Benötigen Sie über unsere Öffnungszeiten hinaus weiteren Betreuungsbedarf?

Wenn ja, welchen? _____

Sonstige Angaben und Wünsche

Besucht ihr Kind schon einen Kindergarten?

Nein Ja, und zwar _____
(Name der Einrichtung)

Mein/ Unser Kind ist in folgenden Kindertageseinrichtungen angemeldet:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FZ Kita Regenbogenkinderland | <input type="checkbox"/> FZ Kita Greste |
| <input type="checkbox"/> FZ Kita Kleine Strolche Leo | <input type="checkbox"/> FZ Kiga Ev. Kirche Bechterdissen |
| <input type="checkbox"/> FZ DRK Kita Wirbelwind | <input type="checkbox"/> FZ AWO Kita Abenteuerland |
| <input type="checkbox"/> FZ AWO Kita Schulstraße | <input type="checkbox"/> AWO- Kita Am Kreisel |

Sonstige: _____

Wunschkindergarten: _____

Weitere Wünsche: _____

Ich/ Wir haben diese Angaben sorgfältig und wahrheitsgemäß gemacht. Uns ist bekannt, dass mit der Abgabe dieses Antrages eine Aufnahme des Kindes nicht gewährleistet ist.

Leopoldshöhe, den _____

(Unterschrift/-en des/ der Erziehungsberechtigten)

Anlagen:



Das Spatzennest

Familienzentrum
Kindertagesstätte
Gemeinde Leopoldshöhe

Starenweg 26
Tel. 05202 - 80934

Unsere Öffnungszeiten

25 Stunden	montags – freitags* in der Regel von	07:30 - 12:30 Uhr
25 Stunden Flex Einmal monatlich ein Nachmittag zur freien Wahl (14.00 – 16.00Uhr) - nach Absprache --	3 Tage	07:00 - 12:30
	1 Tag	07:00 - 12:30 und von 14:00 - 16:30
	1 Tag	frei
35 Stunden geteilt	montags – freitags* in der Regel	07:30 - 12:30 Uhr vormittags 14:00 - 16:00 Uhr nachmittags
35 Stunden im Block	montags – freitags* in der Regel	07:00 - 14:00 Uhr im Block
35 Stunden Block Flex	3 Tage	07:00 - 14:00
	1 Tag	07:00 - 16:30
	1 Tag	07:00 - 12:00
45 Stunden	montags – freitags* in der Regel von	07:00 - 16:30 Uhr

*** Am Freitag schließt das Familienzentrum um 16:00 Uhr**

Die Öffnungszeiten werden an die Ergebnisse der regelmäßig durchzuführenden Elternbefragung angepasst.

Benötigen Sie außerhalb der oben genannten Öffnungszeiten eine Betreuung für Ihr/ e Kind/ er?
Haben Sie aufgrund beruflicher Einbindung einen Betreuungsbedarf am Wochenende?
Bitte teilen Sie es uns mit:

Mein/ Unser Betreuungsbedarf ist wie folgt:

Name des Kindes: _____

Familienname, Anschrift: _____

Leopoldshöhe, den _____



Anmeldung eines Betreuungsbedarfs

gem. § 5 KiBiz

mit Festlegung der wöchentlichen
Betreuungszeit

Stempel der Einrichtung

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Anschrift:

Telefon:

e-mail:

Gewünschtes Aufnahmedatum _____

Zuzug geplant: ja

nein

Bei dem o.g. Kind liegt eine (fach-) ärztlich festgestellte Beeinträchtigung vor
 körperlich geistig seelisch

mit der Diagnose(ICD 10 Code): _____

Verbindlich gewünschte Betreuungszeit für das nächste Kindergartenjahr:

bis zu **25** Std. pro
Woche

bis zu **35** Std. pro
Woche

bis zu **45** Std. pro
Woche

- Die Betreuungszeiten sind für das nächste Kindergartenjahr gültig
- Die Elternbeiträge werden nach Ihrem Einkommen und der gewünschten Betreuungszeit berechnet. Informationen zu den Elternbeiträgen finden Sie im Internet auf der Homepage des Kreises Lippe
- Die Daten werden an das Jugendamt übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

**Informationen zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten
nach Art. 13, 14 DSGVO**

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**
Kreis Lippe, Der Landrat, Felix-Fechenbach-Str. 5, 32756 Detmold
- **Zweck der Datenverarbeitung**
Abwicklung des Anmeldeverfahrens Tagesbetreuung für Kinder in Kita oder Tagespflege
- **Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**
Sozialgesetzbuch (SGB) VIII, Kinderbildungsgesetz NRW (KiBiz-NRW)
- **Empfänger der Daten**
Kreis Lippe/Jugendamt,
Kommune,
Träger der Betreuungseinrichtung und Kindertageseinrichtungen
ggf. Auftragsverarbeiter
- **Dauer der Datenspeicherung**
Längstens bis zur finanziellen Abwicklung des Betreuungsverhältnisses
- **Ihre Rechte:**
 - **Auskunft** über die erhobenen Daten, sofern Ihr Ersuchen hinreichend präzise ist
 - **Berichtigung** unrichtig oder unrichtiger gewordener Daten
 - **Löschung** („Recht auf Vergessenwerden“)
 - **Einschränkung** der Verarbeitung
 - **Widerspruch** gegen die Verarbeitung
 - Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, ist ein jederzeitiger **Widerruf der Einwilligung** mit Wirkung für die Zukunft möglich.
 - **Beschwerde** bei der Aufsichtsbehörde:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211/38424-0, Fax: -10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de; Internet: www.ldi.nrw.de
- **Kontaktdaten behördlicher Datenschutzbeauftragter**
E-Mail: datenschutz@kreis-lippe.de; Tel. 05231-624860, Fax: -630118347