



# Das Spatzennest

Familienzentrum  
Kindertagesstätte  
Gemeinde Leopoldshöhe

Starenweg 26  
Tel. 05202 - 80934

[kitaspatzennest@leopoldshoehe.de](mailto:kitaspatzennest@leopoldshoehe.de)

[www.kitas-leopoldshoehe.de](http://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

	Bis zu <b>25 Std.</b> pro Woche*		Bis zu <b>25 Std.</b> pro Woche <b>flexibel</b> *
	Bis zu <b>35 Std. im Block</b> pro Woche		Bis zu <b>35 Std.</b> pro Woche <b>flexibel</b> *
	Bis zu <b>35 Std. über Mittag geteilt</b> pro Woche*		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

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