

Anmeldung für einen Betreuungsplatz

in der Großtagespflege „LeoMinis“ in der Strohgäustraße 6, 71229 Leonberg

Liebe Familien,

wir freuen uns, dass Sie sich für einen Betreuungsplatz in unserer Großtagespflege in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Leonberg interessieren.

Die Anmeldung ist ganz einfach: bitte füllen Sie folgendes Formular vollständig aus - nur dann können wir Sie für einen Betreuungsplatz berücksichtigen. Die Vergabe der Plätze erfolgt anhand definierter Platzvergabekriterien und unter Berücksichtigung pädagogischer Kriterien wie zum Beispiel der Altersmischung einer Gruppe. Die mit diesem Formular gemachten Angaben werden von sira Kinderbetreuung benötigt, um die Kriterien zur Platzvergabe anwenden zu können. Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte an anmeldung.leonberg@sira-kinderbetreuung.de. Sie erhalten über den Eingang Ihrer Anmeldung eine Bestätigung.

Bitte beachten Sie, dass diese Anmeldung noch keine Garantie für einen Betreuungsplatz ist! Das Betreuungsteam wird sich nach Prüfung Ihrer Daten bei Ihnen melden und einen Termin zum Kennenlernen vor Ort vereinbaren. Erst nach einer Besichtigung der Großtagespflege kann eine Aussage zur Platzvergabe getroffen werden.

Vielen Dank!

Angaben zum Kind

Name

Vorname

Nachname

Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum/vrsl. Geburtstermin

Datum

Geschlecht

weiblich männlich keine Angabe

Gewünschter Betreuungsbeginn *

Datum _____

* Um Ihnen und Ihrem Kind ein gutes Ankommen bei den LeoMinis zu ermöglichen, benötigen wir eine Eingewöhnungszeit von ca. 3 bis 4 Wochen. Bitte beachten Sie das bei der Wahl des gewünschten Betreuungsbeginns im Hinblick auf den Arbeitsbeginn nach der Elternzeit.

Hat Ihr Kind besondere Anforderungen (z.B. besonderer Förderbedarf, chronische Erkrankungen, etc.)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es eine nachweislich besondere Belastung im privaten Bereich (z.B. Geschwisterkind mit Inklusionsbedarf, Pflege von Angehörigen, etc.)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Geschwisterkind in der GTP (aktuell)?

Ja Nein

Wenn ja, Name des Geschwisterkindes

Angaben Personensorgeberechtigte/r 1

Name

Vorname

Nachname

Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Alleinerziehend?

Ja Nein

Alleiniges Sorgerecht?

Ja Nein

**Ich bin Beschäftigte/r des
Klinikverbund Südwest.**

Ja Nein

Beschäftigt seit

Datum

Der Vertrag ist unbefristet.

Ja Nein

Wenn nein, Befristung bis

Datum

Ich komme aus der Elternzeit zurück.

Ja Nein

Wenn ja, vrsl. Datum der Rückkehr

Datum

**Ich befinde mich in einer Ausbildung an
der Akademie für Gesundheitsberufe?**

Ja Nein

**Ich befinde mich in einem Studium an
der DHBW?**

Ja Nein

Ich arbeite im Schichtdienst. *

Ja Nein

* ausgenommen familienfreundliche Schichten

Wöchentlicher Stundenumfang

falls bereits bekannt

**Falls der Stundenumfang (noch) nicht bekannt ist, hier bitten den prozentualen
Beschäftigungsumfang angeben:**

Ich bin weniger als 70% beschäftigt.

Ich bin 70%-84% beschäftigt.

Ich bin 85%-99% beschäftigt.

Ich bin 100% beschäftigt.

Angaben Personensorgeberechtigte/r 2

Name

Vorname

Nachname

Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

- !** Folgende Felder müssen nur ausgefüllt werden, wenn
• Personensorgeberechtigte/r 2 ebenfalls beim Klinikverbund Südwest
angestellt ist.

**Ich bin Beschäftigte/r des
Klinikverbund Südwest.**

Ja Nein

Beschäftigt seit

Datum

Der Vertrag ist unbefristet.

Ja Nein

Wenn nein, Befristung bis

Datum

Ich komme aus der Elternzeit zurück.

Ja Nein

Wenn ja, Datum der Rückkehr

Datum

**Ich befinde mich in einer Ausbildung an
der Akademie für Gesundheitsberufe?**

Ja Nein

**Ich befinde mich in einem Studium an
der DHBW?**

Ja Nein

Ich arbeite im Schichtdienst. *

Ja Nein

* ausgenommen familienfreundliche Schichten

Wöchentlicher Stundenumfang

_____ falls bereits bekannt

Falls der Stundenumfang (noch) nicht bekannt ist, hier bitten den prozentualen Beschäftigungsumfang angeben:

Ich bin weniger als 70% beschäftigt.

Ich bin 70%-84% beschäftigt.

Ich bin 85%-99% beschäftigt.

Ich bin 100% beschäftigt.

Hinweis nach DSGVO

Eine Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten für Zwecke der Beratung, der Vermittlung und der statistischen Auswertung und Überwachung der vermittelten Betreuung erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Ihre Daten werden nicht verkauft, vermietet oder in anderer Weise nicht beteiligten Dritten zur Verfügung gestellt. Übermittlungen personenbezogener Daten an Kindertagespflegepersonen, staatliche Einrichtungen und Behörden erfolgen nur im Rahmen zwingender gesetzlicher Vorgaben. Die Daten werden nach Ablauf der steuer- und förderrechtlichen Fristen gelöscht. Sie erklären sich hiermit einverstanden, dass die von Ihnen freiwillig übermittelten persönlichen Daten von uns gespeichert und unter Beachtung dieses Datenschutzhinweises und der entsprechenden datenschutzrechtlichen Vorgaben gespeichert, verarbeitet und benutzt sowie weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r 1

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r 2