



## 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 Klinikverbund Südwest 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](mailto: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

#### Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Datum

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. 4 – 6 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