

Wird durch die Einrichtung ausgefüllt

Antrag erhalten am:

Angenommen von:



Aufnahmeantrag Kinder- und Jugendzentrum Roxy – Schulkindbetreuung in der Grundschule Mascheroder Holz

Adresse: Welfenplatz 17, 38126 Braunschweig

Tel.: 0531-2621120

Email: jugendzentrum.roxy@braunschweig.de

Ansprechpartner: Mirko Schropp und Lukas Gebhardt

Aufnahme erwünscht zum: _____

15:00 Gruppe	13:00 – 15:00 Uhr <input type="checkbox"/>	53,50,- € pro Kind / Monat
16:00 Gruppe	13:00 – 16:00 Uhr <input type="checkbox"/>	30,- € pro Kind / Monat (SGB II Empf. beitragsfrei)
17:00 Gruppe	13:00 – 17:00 Uhr <input type="checkbox"/>	60,- € pro Kind / Monat (SGB II Empf. beitragsfrei)

1. Erklärung

Hiermit melde(n) ich (wir) mein (unser) Kind an.

Das Angebot der Schulkindbetreuungsgruppe umfasst die Betreuung von Grundschulkindern inklusive der Mittagsverpflegung, Hausaufgabenbetreuung und Freizeitangeboten, während der Schulzeit in den Zeiten wie oben angegeben / in den Ferien ab 8:00 Uhr.

Nachstehende Angaben überlasse(n) ich (wir) für Zwecke der Prüfung meiner (unserer) Bewerbung dem Fachbereich Kinder, Jugend und Familie der Stadt Braunschweig.

Der elektronischen Speicherung zur Unterstützung der Bearbeitung stimme(n) ich (wir) zu.

Ich akzeptiere die allgemeinen Vertragsbedingungen der Einrichtung.

2. Angaben zum Kind

Name, Vorname		
Anschrift		
Nationalität		
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Sprachen	1.	2.

Schule	Klasse	ggf. Klassenlehrer/in
--------	--------	-----------------------

3. Daten der Familie/Sorgeberechtigten

Mutter/Lebenspartnerin (Vorname, Name)	Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> berufstätig	Telefon: Festnetz und/oder Mobil Telefon Arbeitsstelle:
Anschrift <input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> andere Anschrift (bitte angeben)		Email Adresse
Andere Anschrift (bitte angeben)		
Vater/Lebenspartner (Vorname, Name)	Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> berufstätig	Telefon: Festnetz und/oder Mobil Telefon Arbeitsstelle:
Anschrift <input type="checkbox"/> wie Kind <input type="checkbox"/> andere Anschrift (bitte angeben)		Email Adresse
Andere Anschrift (bitte angeben)		

3.2 Geschwister

	1	2	3
Vorname, Name			
Geburtsdatum			
Ggf. in welcher Kita/ Ko-GS oder Schulkindbetreuung			
Lebt im gleichen Haushalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Berufstätigkeit/Studium/schulische Weiterbildung

Mutter <input type="checkbox"/> erwerbstätig (Nachweis AG) ganztags <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TZ Std./Wo. Arbeitszeit von bis	Vater erwerbstätig (Nachweis AG) <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> TZ Std./Wo. Arbeitszeit von bis
<input type="checkbox"/> berufliche Bildungsmaßnahme (Nachweis)	<input type="checkbox"/> berufliche Bildungsmaßnahme (Nachweis)
<input type="checkbox"/> selbstständig (Nachweis)	<input type="checkbox"/> selbstständig (Nachweis)
<input type="checkbox"/> Studium/schulische Weiterbildung bis zum: (Immatrikulations- oder Schulbescheinigung)	<input type="checkbox"/> Studium/ schulische Weiterbildung bis zum: (Immatrikulations- oder Schulbescheinigung)
<input type="checkbox"/> in Leistung zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des SGB II	<input type="checkbox"/> in Leistung zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des SGB II
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend
<input type="checkbox"/> Elternzeit bis zum:	<input type="checkbox"/> Elternzeit bis zum:
<input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme nach Elternzeit ab: (Nachweis des Arbeitgebers)	<input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme nach Elternzeit ab: (Nachweis des Arbeitgebers)

Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> Die Familie wird vom Fachbereich Kinder, Jugend und Familie betreut. Name der/des betreuenden Sozialarbeiterin/Sozialarbeiters:
Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben vollständig und richtig sind.

4. Zusätzliche Angaben

Schulsituation (Stärken, Schwächen, Probleme)	
Besondere Interessen/Hobbys	

<input type="checkbox"/> Das Kind lebt gemeinsam mit den Eltern in einem Haushalt <input type="checkbox"/> Das Kind lebt bei einem Elternteil (der andere Elternteil lebt nicht in diesem Haushalt) <input type="checkbox"/> Das Kind lebt nicht bei seinen Eltern oder einem Elternteil
--

Das Kind hat folgende Besonderheiten z.B. Allergien, Krankheiten die für die Betreuung wichtig sind

<input type="checkbox"/> Die Familie/ Mutter/ Vater erhält Unterstützung vom Fachbereich Kinder Jugend und Familie <input type="checkbox"/> Andere Unterstützung:
<input type="checkbox"/> Die Familie/ Mutter/ Vater erhält Arbeitslosengeld II nach dem SGB II <input type="checkbox"/> Andere unterstützende Leistungen:

Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:
--

Mein Kind darf nach der Betreuung alleine nach Hause gehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf fotografiert werden und Fotos dürfen im Zusammenhang mit der Schulkindbetreuung veröffentlicht werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Ihr Kind evtl. auch in einer anderen Einrichtung angemeldet?

Ja, in folgender Einrichtung: _____

Nein

Warum ist Ihnen die Aufnahme Ihres Kindes in die Einrichtung wichtig?

Unterschrift/en des / der Erziehungsberechtigten

Datum