

**Amt Bargteheide-Land**  
**Der Amtsvorsteher**  
 Eckhorst 34  
 22941 Bargteheide  
 04532/4045-0  
[info@bargteheide-land.de](mailto:info@bargteheide-land.de)

**Kindertageseinrichtung Delingsdorf**  
 An der Friedenslinde 1  
 22941 Delingsdorf  
 04532/ 5058310  
 04532/ 5058329  
[Kindergarten@Delingsdorf.eu](mailto:Kindergarten@Delingsdorf.eu)

**Aufnahmeantrag meines / unseres Kindes in der Kindertageseinrichtung Delingsdorf**

**Elementarkinder**

**Angaben zum Kind**

Name	Bitte nicht ausfüllen !  Eingang in der Kita:  Aufnahme ab:
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Erstsprache	
Nationalität	
Hauptwohnsitz	

**Eltern bzw. Erziehungsberechtigte**

	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend
	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> zusammen lebend	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> zusammen lebend
	<b>Vater des Kindes</b>	<b>Mutter des Kindes</b>
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Telefonnummer		
Beruf		
Arbeitgeber		
Anschrift		

besondere Bemerkungen / Begründungen für die Aufnahme:

<b>Ich beantrage für mein Kind / Wir beantragen für unser Kind</b>	<b>ab dem</b>
--	---------------

**folgende Wochenbetreuungszeit:**

1	◇	Frühgruppe Montag bis Freitag	07:00 bis 08:30 Uhr
2	◇	Kernzeit Montag bis Freitag	08:30 bis 12:30 Uhr
3	◇	Mittagsgruppe Montag bis Freitag	12:30 bis 14:00 Uhr
4	◇	Nachmittagsgruppe Montag bis Freitag	14:00 bis 15:00 Uhr
5	◇	Spätgruppe Montag bis Donnerstag	15:00 bis 16:00 Uhr

**Die Betreuungszeiten gelten für die ganze Woche. Die Vorschulkinder müssen die Frühgruppe mitbuchen.**

**Die Aufteilung der tatsächlichen täglichen Betreuungszeiten müssen vor der Aufnahme des Kindes schriftlich mit der Leitung der Kindertageseinrichtung abgestimmt werden.**

**Änderungen in den Betreuungszeiten können monatlich vorgenommen werden und sind ebenfalls schriftlich mit der Leitung abzustimmen.**

**Geschwister = Name und Geburtsdatum – falls bereits in Betreuung bitte die Einrichtung angeben**

Liegen bei der Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung die Voraussetzungen zur Gewährung einer Geschwisterermäßigung analog den zurzeit gültigen Richtlinien des Kreises Stormarn vor, gilt diese hiermit als beantragt. Erstes Kind ist jeweils das älteste in Kindertagesbetreuung befindliche Kind.

Die Betreuung in der offenen Ganztagschule zählt nicht zu der Kindertagesbetreuung im Rahmen der Geschwisterermäßigung. Geschwisterkinder, die die OGS an der Johannes Gutenberg Schule oder an der Grundschule Alte Alster besuchen, erhalten eine Geschwisterermäßigung in Höhe von 25 %.

Mit der automatisierten Verarbeitung der Daten des genannten Kindes in die Kita Delingsdorf erkläre/n  
ich / wir mich / uns einverstanden.

Die Benutzungs- und Gebührensatzung der gemeindeeigenen Kindertageseinrichtung der Gemeinde Delingsdorf ist mir / uns bekannt. Ich / Wir erkläre/ n mich / uns bereit, diese Bestimmungen einzuhalten. Für die Elternbeiträge kommen/n ich / wir als Gesamtschuldner auf.

Ich bin / Wir sind darüber informiert, dass für Kinder, die nicht in Delingsdorf wohnen, durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eine Bedarfsanzeige und damit verbunden ein Antrag auf Kostenausgleich bei der Wohnortgemeinde gestellt werden muss. Vor bzw. zur Aufnahme in die Kindertageseinrichtung muss die Kostenübernahmeerklärung meiner Wohnortgemeinde vorliegen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten/n