



**Integrationshort an der Montessorischule**  
 Frau Michaela Adlkofer  
 Johann-Michael-Sailer-Str. 7, 85049 Ingolstadt  
 Telefon: 0841 4913-210  
 E-Mail: leitung.hort-hollerstauden@pz-in.de

**Träger: Pädagogisches Zentrum**  
 Förderkreis + Haus Miteinander gGmbH  
 Nürnberger Str. 58, 85055 Ingolstadt  
 Telefon: 0841 4913-0  
 E-Mail: info@pz-in.de, www.pz-in.de

## Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
wohnhaft bei <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere

Ab wann wird die Betreuung benötigt?

Besucht Ihr Kind bereits eine Einrichtung des Pädagogischen Zentrums?  
 Kindergarten, welcher  Montessorischule, Klasse  nein

Integrationsplatz  ja  nein

Gibt es Geschwisterkinder, die bereits eine Einrichtung des Pädagogischen Zentrums besuchen?  
 ja, welche  nein

Geschwisterkinder (Name + Alter)

## Eltern / Personensorgeberechtigte

	Mutter	Vater	andere Sorgeberechtigte
Name			
Vorname			
Geburtsdatum <small>freiwillige Angabe</small>			
Geburtsort, Land			
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Mobil			
E-Mail			
Arbeitgeber <small>freiwillige Angabe</small>			

Familiäre Verhältnisse  alleinerziehend

Berufstätigkeit  Mutter  Vater

## Sonstiges

Liegt eine Entwicklungsverzögerung/Behinderung oder andere Beeinträchtigungen vor? (Wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt, bitte Unterlagen beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Wurden bereits therapeutische Leistungen in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Liegen Allergien oder chronische Krankheiten vor?	<input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten beim Essen (ärztliches Attest)	<input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein
Ich/Wir beantrage/n eine Kostenübernahme durch das JobCenter (Essen) oder das Amt für Kinder, Jugend und Familie (Gebühren).	<input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> nein

## Gebührenordnung

Stundenkategorie	Betrag monatlich		
3-4 Stunden (20 Wochenstunden)	92,00 €	Monatlicher Beitrag für Essen	70,00 €
4-5 Stunden (25 Wochenstunden)	110,00 €	Monatlicher Beitrag für Getränke- und Frühstücksgeld	5,00 €
5-6 Stunden (30 Wochenstunden)	128,00 €	Monatlicher Beitrag für Spielgeld/Portfolio	2,00 €
6-7 Stunden (35 Wochenstunden)	144,00 €		
7-8 Stunden (40 Wochenstunden)	160,00 €		
8-9 Stunden (45 Wochenstunden)	176,00 €	Einmalige Bearbeitungsgebühr bei Eintritt Ihres Kindes	10,00 €

## Betreuungswünsche

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
7:15 bis 8:00 Uhr						Wochenstd. insgesamt
ab 12:15 Uhr						
ab 13:00 Uhr						
bis 16:15 Uhr						
bis 17:15 Uhr						
tägl. Std. der Betreuung						

täglicher Beginn der Betreuungszeit für Erstklässler ab 12:15 Uhr

wöchentliche Mindestbuchungszeit 15 - 20 Stunden

## Betreuungswunsch in den Ferien: tägliche Betreuung von 8:00 bis 17:00 Uhr (8 - 9 Std.)

15 - 29 Tage im Kalenderjahr     30 - 44 Tage im Kalenderjahr     keine Betreuung während der Ferien

Ich/Wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Weiterhin werden durch die Anmeldung einige Ihrer Daten zum Abgleich und zur Planung der benötigten Plätze an die Stadt Ingolstadt weitergegeben. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Die Anmeldung für die Einrichtung garantiert nicht die Aufnahme Ihres Kindes in die Einrichtung. Die Gültigkeit der Anmeldung bleibt bis zum angegebenen Zeitpunkt der benötigten Betreuung bestehen. Möchten Sie die Anmeldung verlängern, teilen Sie dies bitte telefonisch oder schriftlich mit. Sie werden gebeten, der Einrichtung mitzuteilen, falls kein weiteres Interesse an einer Aufnahme besteht.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten