



Aufnahmeantrag

Integrationshort an der Montessorischule
 Frau Michaela Adlkofer
 Johann-Michael-Sailer-Str. 7, 85049 Ingolstadt
 Telefon: 0841 4913-105, Fax: 0841 4913-200
 E-Mail: m.adlkofer@pz-in.de

Träger:
Pädagogisches Zentrum
Förderkreis + Haus Miteinander gGmbH
 Johann-Michael-Sailer-Straße 7, 85049 Ingolstadt
 Telefon: 0841 4913-0, Fax: 0841 4913-200
 E-Mail: info@pz-in.de, www.pz-in.de

Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
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? <input type="checkbox"/> Kindergarten, welcher _____ <input type="checkbox"/> Montessorischule, Klasse _____ <input type="checkbox"/> nein	
Integrationsplatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gibt es Geschwisterkinder, die bereits eine Einrichtung des Pädagogischen Zentrums besuchen? <input type="checkbox"/> ja, welche _____ <input type="checkbox"/> nein	
Geschwisterkinder (Name + Alter)	

Eltern / Personensorgeberechtigte

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

Familiäre Verhältnisse <input type="checkbox"/> Alleinerziehend	Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> 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
Hatte Ihr Kind im Kindergarten einen Integrationsplatz?	<input type="checkbox"/> ja <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

Betreuung

Wöchentliche Buchungszeiten	Beitrag monatlich		
mind. 15 bis 20 Wochen-Std.	80,00 €	Monatlicher Beitrag für Essen	70,00 €
bis 25 Wochen-Stunden	95,00 €	Monatlicher Beitrag für Getränke- und Brotzeitgeld	5,00 €
bis 30 Wochen-Stunden	110,00 €	Monatlicher Beitrag für Spielgeld	2,00 €
Zusätzliche Ferienbetreuung:		Einmalige Bearbeitungsgebühr bei Eintritt Ihres Kindes	10,00 €
ab 15 bis 29 Tage	15,50 €		
ab 30 bis 44 Tage	31,00 €		

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						
tägliches 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 Schuljahr 30 - 44 Tage im Schuljahr 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