



Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen Lange Straße 11 27305 Bruchhausen-Vilsen

Ansprechpartner(in): Cattrin Siemers

Telefondurchwahl: 04252/391- 314

Telefax: 04252/391- 100

Internet: www.bruchhausen-vilsen.de

E-Mail: cattrin.siemers@bruchhausen-vilsen.de

An alle Eltern

Ihr Zeichen/Ihr Schreiben vom

Mein Zeichen

Bruchhausen-Vilsen, im November 2017

Anmeldeverfahren für das Kindergartenjahr 2018/2019

Liebe Eltern,

um die Kindergarten- und Krippenplätze entsprechend der Aufnahmekriterien nach § 4 der Satzung über die Aufnahme und den Besuch von Kindern in den Kindertagesstätten der Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen zu vergeben, ist es seit dem Kindergartenjahr 2017/2018 erforderlich, dass alle Personensorgeberechtigten, die ihr Kind in einer Kindertagesstätte anmelden, einen Nachweis über Ihre Berufstätigkeit einreichen, der den Umfang und die tägliche Zeit der Berufstätigkeit angibt und vom Arbeitgeber zu bescheinigen ist.

Ursache hierfür ist unter anderem das BGH-Urteil vom 20.10.2016, wonach Eltern möglicherweise einen Anspruch auf Schadensersatz gegen die Kommune geltend machen können, wenn sie mangels eines Betreuungsplatzes einer Berufstätigkeit nicht nachgehen können.

Die Vergabe der Kindergartenplätze wird deshalb nur noch für ein Kindergartenjahr vorgenommen, das heißt der Kindergarten oder Krippenplatz ist jedes Jahr mit den persönlichen Angaben über die Berufstätigkeit neu zu beantragen, also auch dann, wenn ihr Kind bereits eine Kindertagesstätte besucht.

Die vorhandenen Plätze müssen **bedarfsgerecht** vergeben werden. Da die Bedarfe sich von Jahr zu Jahr verändern, sind sie von den Eltern auch jährlich erneut **nachzuweisen**. Es ist selbstverständlich unser Anliegen, dass sich für Ihr Kind so wenig wie möglich verändert, aber in Einzelfällen kann es aufgrund der neuen Rechtsprechung dazu kommen, dass eine Platzwechsel oder die Änderung der Betreuungszeiten erforderlich wird.

Bei Kindern, die bereits im laufenden Kindergartenjahr eine Einrichtung der Samtgemeinde besuchen, ist sichergestellt, dass auch für das Folgejahr ein Kindergartenplatz zur Verfügung steht.



Ich hoffe, dass Sie Verständnis für dieses veränderte Verfahren haben, auch wenn es für uns alle mit sehr viel Aufwand und ggfs. auch Nachteilen verbunden ist.

Freundliche Grüße

Bernd Bormann

Antrag zur Aufnahme eines Kindes in den Kinderkrippe Schwarme für das Kindergartenjahr 2018/2019

1. Angaben zum Kind

(Vor- und Zuname)

(Geb.-Datum)

männlich

weiblich

(Staatsangehörigkeit)

(Muttersprache / Hauptsprache des Kindes)

(Anschrift)

Aufnahmetermin: _____

2. Betreuungsangebot:

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass die von Ihnen in diesem Antrag angekreuzten Betreuungs- und Sonderöffnungszeiten verbindlich sind. Im Falle einer Nichtinanspruchnahme der angemeldeten Betreuungszeit sind die Gebühren hierfür dennoch für 3 Monate zu zahlen.

Kreuze können nur innerhalb eines Kästchens vorgenommen werden!

Die Betreuungs- und Sonderöffnungszeiten gelten durchgängig für die ganze Woche!

<input type="checkbox"/> Betreuung (8:00-12:00 Uhr)	<input type="checkbox"/> Frühdienst ab 7:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Betreuung (8:00-14:00 Uhr)	<input type="checkbox"/> Frühdienst ab 7:30 Uhr
	<input type="checkbox"/> Spätdienst bis 15:00 Uhr
	<input type="checkbox"/> Spätdienst bis 16:00 Uhr (5 Kinder erforderlich!)

3. In Krippengruppen ist die Teilnahme an der Mittagsverpflegung Bestandteil des Betreuungsangebots.

4. Anmeldung in einer anderen Kindertagesstätte

Mein Kind wurde zusätzlich im Kindergarten _____ angemeldet.

5. Angaben zu den Sorgeberechtigten

	Sorgeberechtigte/r	Sorgeberechtigte/r
Familienname		
Vorname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
Tel. Nr. (privat)		
Tel. Nr. (dienstlich)		
E-Mail		
Staatsangehörigkeit		
Konfession (freiwillig)		
Muttersprache / Hauptsprache in der Familie		

Hinweis:

Alle Angaben werden selbstverständlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt.

6. Sind Sie zurzeit alleinerziehend?

- Ja
 Nein
 getrennt lebend

Wenn **Ja**, wer ist sorgeberechtigt
wer hat das Aufenthaltsbestimmungsrecht

Mutter und / oder Vater und
 Mutter oder Vater

Bei alleinigem Sorgerecht bitte ich um einen schriftlichen Nachweis!

7. Geschwister

Name/Geb.-Datum	Name/Geb.-Datum
1.	4.
2.	5.
3.	6.

8. Berufstätigkeit der Sorgeberechtigter

Zeitliche Beanspruchung aufgrund der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit:

Sorgeberechtigte/r Sorgeberechtigte/r

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ganztagsbeschäftigung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilzeitbeschäftigung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mini-Job / 450 € - Job |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Selbstständigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maßnahme der Arbeitsagentur, Schulausbildung, Studium |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | keine Berufstätigkeit |

Hinweis:

Ein entsprechender Nachweis (Arbeitsbescheinigung unter Verwendung des beigefügten Vordrucks) ist von jedem Sorgeberechtigten einzeln auszufüllen und mit dem Antrag einzureichen.
Bei Bildungsmaßnahmen, Maßnahmen der Arbeitsagentur ist der Vordruck entsprechend vom Träger auszufüllen.

9. Besondere Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine | Frühgeburt | Entwicklungsrückstand | Sprachprobleme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sonstiges, was: _____ | |
| Motorische Probleme | | | |

10. Hat Ihr Kind Allergien / chronische Erkrankungen?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, welche: _____ |

11. Hat Ihr Kind eine festgestellte Behinderung?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, welche: _____ |

12. Wurde Ihr Kind bereits therapeutisch betreut (z.B. Sprachtherapie, Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie)?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nein | Ja, welche: _____ |

Für die Aufnahme in einer Kindertagesstätte sind die jeweils geltenden Satzungen und die Konzeption verbindlich. Beides finden Sie unter www.kiga-schwarme.jimdo.com.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Nachweis über Berufstätigkeit zum Antrag auf Betreuung in einer Kindertagesstätte der Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen

Arbeitgeber:

Firmenname	
Anschrift	

Beschäftigte/r:

Name, Vorname	
Anschrift	

Hiermit bestätige ich, dass die vorstehend genannte Person bei mir wie folgt gegen Entgelt beschäftigt ist:

Regelmäßige, durchschnittliche Wochenarbeitszeit	
Arbeitszeit (von/bis)	
Wochentage	

Die Beschäftigung besteht im Kindergartenjahr 2018/19 (01.08.2018 – 31.07.2019):

unbefristet

befristet (Zeitraum) _____

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Nachweis über Berufstätigkeit zum Antrag auf Betreuung in einer Kindertagesstätte der Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen

Arbeitgeber:

Firmenname	
Anschrift	

Beschäftigte/r:

Name, Vorname	
Anschrift	

Hiermit bestätige ich, dass die vorstehend genannte Person bei mir wie folgt gegen Entgelt beschäftigt ist:

Regelmäßige, durchschnittliche Wochenarbeitszeit	
Arbeitszeit (von/bis)	
Wochentage	

Die Beschäftigung besteht im Kindergartenjahr 2018/19 (01.08.2018 – 31.07.2019):

unbefristet

befristet (Zeitraum) _____

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel



An die Eltern
der neu angemeldeten Kinder in den
Kindertageseinrichtungen der
Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen

Ansprechpartner(in): Cattrin Siemers
Telefondurchwahl: 04252 391-314
Telefax: 04252 391-100
Internet: www.bruchhausen-vilsen.de
E-Mail: cattrin.siemers@bruchhausen-vilsen.de

Ihr Zeichen/Ihr Schreiben vom

Mein Zeichen

Bruchhausen-Vilsen, 30. November 2017

Schriftlicher Nachweis einer durchgeführten Impfberatung

Liebe Eltern,

mit Einführung des Präventionsgesetzes im Sommer 2015 wurde auch der Abs. 10a des § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG) neu eingeführt.

Hiernach haben die Personensorgeberechtigten bei der Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist.

Diesem Schreiben ist der Vordruck einer ärztlichen Bescheinigung beigelegt. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Arzt eine durchgeführte Impfberatung bestätigen.

Die Bestätigung geben Sie bitte gemeinsam mit der Anmeldung im Kindergarten ab.
Alternativ können Sie auch einen Auszug aus dem Vorsorgeheft Ihres Kindes einreichen.

Ich möchte Sie vorsorglich darauf hinweisen, dass das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden kann, wenn der Nachweis nicht erbracht werden sollte. Außerdem handelt es sich nach § 73 IfSG um eine Ordnungswidrigkeit, sofern der Nachweis nicht oder nicht rechtzeitig erbracht wird. Diese Ordnungswidrigkeit kann sogar mit einer Geldbuße geahndet werden.

Insofern bitte ich Sie in Ihrem eigenen Interesse um Beachtung dieser Vorschrift.

Freundliche Grüße

Bernd Bormann



Kindergarten Schwarme

Mühlenweg 15, 27327 Schwarme

Telefon: 04258-762

info@kindergarten-schwarme-schwarme.de

Ärztliche Bescheinigung gemäß § 34 Absatz 10a Infektionsschutzgesetz

Name, Vorname des Kindes

Geb.-Datum

Praxisstempel

Hiermit wird bescheinigt, dass die Personensorgeberechtigten des o.g. Kindes heute eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) ausreichenden Impfschutz des Kindes erhalten haben.

Hiermit wird bescheinigt, dass das o.g. Kind über einen vollständigen, altersgerechten Impfschutz nach den Empfehlungen der STIKO verfügt. Die nächste Impfung nach den Empfehlungen der STIKO ist ab dem _____ vorgesehen. Eine zusätzliche Impfberatung ist aus ärztlicher Sicht derzeit nicht erforderlich.

_____ Datum

_____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes