



Sozialkritischer Arbeitskreis
Darmstadt e.V.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

**Bedarfsanmeldung Pakt für den Nachmittag
KÄTHE-KOLLWITZ-SCHULE**

Geschäftsstelle
Rheinstraße 24
64283 Darmstadt
Tel. 06151 – 91 66 3 – 0
Fax 06151 – 91 66 3 – 39
anmeldung@ska-darmstadt.de

Eingangsdatum + Kürzel

Liebe Eltern,

Ihr Kind wird im Schuljahr **2023/2024** die **Käthe-Kollwitz-Schule** besuchen. Um die Platzkapazitäten für die Betreuende Grundschule besser einschätzen zu können, möchten wir Sie auf diesem Weg nach Ihrem Betreuungsbedarf fragen.

Mit Abgabe dieser Voranmeldung besteht kein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz!

Zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs, bitten wir Sie die umseitige Arbeitgeberbescheinigung von Ihrem Arbeitgeber auszufüllen und bestätigen zu lassen.

Kind:

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
---------------	----------	---------------	-------------

Geschwisterkind von: (Deb.-Nr./Name)	Adresse (Straße, PLZ, Ort):
---	-----------------------------

**Eltern /
Erziehungsberechtigte**

1. Sorgeberechtigte*r

Frau ☐ Herr ☐

2. Sorgeberechtigte*r

Frau ☐ Herr ☐

Vorname:

Nachname:

Anschrift:

Telefon Festnetz/Handy

E-Mail:

Alleinerziehend:

ja ☐

ja ☐

Alleine Sorgeberechtigt:

ja ☐

nein ☐

ja ☐

nein ☐

Berufstätig:

ja ☐

nein ☐

ja ☐

nein ☐

Ich benötige für mein Kind folgendes Betreuungsmodell* (Bitte ankreuzen!)

Betreuungsmodell	Preis	Bitte ankreuzen
Mini-Betreuung bis 14:30 Uhr (nur an 5 Tagen möglich)	kostenlos	
Maxi-Betreuung bis 17:00 Uhr (nur an 5 Tagen möglich)	siehe Beitragsregelung der Wissenschaftsstadt Darmstadt	



Sozialkritischer Arbeitskreis
Darmstadt e.V.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

**Bedarfsanmeldung Pakt für den Nachmittag
KÄTHE-KOLLWITZ-SCHULE**

Geschäftsstelle
Rheinstraße 24
64283 Darmstadt
Tel. 06151 – 91 66 3 – 0
Fax 06151 – 91 66 3 – 39
anmeldung@ska-darmstadt.de

Eingangsdatum + Kürzel

☒ Ich bin mit der Übermittlung der jeweils erforderlichen personenbezogenen Daten meines Kindes und/oder meiner Daten in analoger und/oder elektronischer Form im Rahmen des Anmelde- und Abmeldeverfahrens sowie der Erfassung statistischer Daten (Elternportal Darmstadt) einverstanden.

Darmstadt, den

Ort, Datum

[Yellow box for signature]

Unterschrift 1. Sorgeberechtigte*r

Darmstadt, den

Ort, Datum

[Yellow box for signature]

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r

Leitung Schulkindbetreuung: **Klementina Spoljarevic**

E-Mail: betreuung-kks@ska-darmstadt.de

Telefon: **06151-13488816**

Anschrift: **Koblenzer Straße 8, 64293 Darmstadt**

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Betreuungsteam

Arbeitgeberbescheinigung
als Nachweis für den Betreuungsbedarf an der **Käthe-Kollwitz-Schule**

Auszufüllen von Eltern

Familienname KIND:

Vorname KIND:

Geburtsdatum KIND:

Auszufüllen von der/vom Arbeitgeber*in

Name, Vorname des Elternteils:

wohnhaft in:

Name, Anschrift des Arbeitgebers:

wöchentliche Arbeitszeit:

Arbeitstage:

☐ MO	_____ Uhr bis _____ Uhr
☐ DI	_____ Uhr bis _____ Uhr
☐ MI	_____ Uhr bis _____ Uhr
☐ DO	_____ Uhr bis _____ Uhr
☐ FR	_____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsverhältnis:

☐ unbefristet

☐ befristet bis zum _____

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben werden bestätigt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber*in

Arbeitgeberbescheinigung
als Nachweis für den Betreuungsbedarf an der **Käthe-Kollwitz-Schule**

Auszufüllen von Eltern

Familienname KIND:

Vorname KIND:

Geburtsdatum KIND:

Auszufüllen von der/vom Arbeitgeber*in

Name, Vorname des Elternteils:

wohnhaft in:

Name, Anschrift des Arbeitgebers:

wöchentliche Arbeitszeit:

Arbeitstage:

☐ MO _____ Uhr bis _____ Uhr
☐ DI _____ Uhr bis _____ Uhr
☐ MI _____ Uhr bis _____ Uhr
☐ DO _____ Uhr bis _____ Uhr
☐ FR _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsverhältnis:

☐ unbefristet

☐ befristet bis zum _____

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben werden bestätigt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arbeitgeber*in