



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 **2024/2025** 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 <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Alleine Sorgeberechtigt:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Berufstätig:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**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	<input type="checkbox"/>
Maxi-Betreuung bis 17:00 Uhr (nur an 5 Tagen möglich)	siehe Beitragsregelung der Wissenschaftsstadt Darmstadt	<input type="checkbox"/>



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



Unterschrift 1. Sorgeberechtigte\*r

Darmstadt, den

Ort, Datum



Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Leitung Schulkindbetreuung: **Klementina Spoljarevic**

E-Mail: [betreuung-kks@ska-darmstadt.de](mailto: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

Eingangsdatum + Kürzel

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

**Ausfüllen von Eltern**

Familienname KIND:

Vorname KIND:

Geburtsdatum KIND:

**Ausfüllen von der/vom Arbeitgeber\*in**

Name, Vorname des Elternteils:

wohnhaft in:

Name, Anschrift des Arbeitgebers:

wöchentliche Arbeitszeit:

Arbeitstage:

- |                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> MO | _____ Uhr bis _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> DI | _____ Uhr bis _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> MI | _____ Uhr bis _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> DO | _____ Uhr bis _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> 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



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

**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