



**FILDERSTADT**

*Eine Stadt.  
Viele Möglichkeiten.*

**Antrag auf Notbetreuung**

**Kindertageseinrichtung:**

\_\_\_\_\_

**Vor-/Nachname des/ der Kindes(er):** \_\_\_\_\_

**Name 1. Sorgeberechtigter:** \_\_\_\_\_

**Name 2. Sorgeberechtigter:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum des Kindes/ der Kinder:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Mobilnummer:** \_\_\_\_\_

**Alleinerziehend**

**Ich/wir benötige/n die Notfallbetreuung an folgenden Tagen und zu folgenden Zeiten (maximal die bisher gebuchten Betreuungszeiten):**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit von - bis					

**Ausgeschlossen von der Teilnahme an der Notfallbetreuung sind Kinder, die**

- 1. in Kontakt zu einer infizierten Person stehen oder standen, wenn seit dem Kontakt mit einer infizierten Person noch nicht 14 Tage vergangen sind, oder**
- 2. Kinder die Symptome eines Atemwegsinfekts oder erhöhte Temperatur aufweisen.**

Die Stadt/der Kindergartenträger entscheidet zusammen mit der Kindertageseinrichtung über die Aufnahme nach pflichtgemäßem Ermessen.

Der/die Antragsteller/in bestätigen mit der Anmeldung zur Notfallbetreuung die Richtigkeit und Vollständigkeit der obenstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_

Name/Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Name/Unterschrift 2. Sorgeberechtigter