

|                  |
|------------------|
| Name des Kindes: |
|------------------|

**Fragebogen zum Betreuungsbedarf**  
Schuljahr 2024/2025

**Hinweis:** Es besteht kein Rechtsanspruch auf einen OGS-Platz.

Für den Fall, dass die Anzahl der Anmeldungen die Zahl der Betreuungsplätze überschreitet, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass die Schulleitung unter Berücksichtigung der aufgelisteten Punkte auswählen muss.

Aus den folgenden Gründen benötige ich / benötigen wir einen Betreuungsplatz für mein Kind / unser Kind:

**Bitte alle Angaben gut leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen**

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin alleinerziehend   |  |
| <input type="checkbox"/> | Mutter / Lebensgefährtin ist arbeitssuchend   |  |
| <input type="checkbox"/> | Vater / Lebensgefährte ist arbeitssuchend   |  |
| <input type="checkbox"/> | Mutter / Lebensgefährtin ist berufstätig  | → Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitszeiten erforderlich! Bei Selbstständigkeit bitte Kopie des Gewerbescheins beilegen! |
| <input type="checkbox"/> | Vater / Lebensgefährte ist berufstätig  | → Bescheinigung des Arbeitgebers über Arbeitszeiten erforderlich! Bei Selbstständigkeit bitte Kopie des Gewerbescheins beilegen! |
| <input type="checkbox"/> | Geschwisterkind eines Betreuungskindes  |  |
| <input type="checkbox"/> | Geschwisterkind wird in einer KiTa / Kiga betreut   |  |
| <input type="checkbox"/> | Vater Teilnahme Maßnahme vom Jobcenter z.B. Deutschkurs, Schulung                               | Teilnahme: vom _____ bis _____<br>→ Nachweis erforderlich!   |
| <input type="checkbox"/> | Mutter Teilnahme Maßnahme vom Jobcenter z.B. Deutschkurs, Schulung                              | Teilnahme: vom _____ bis _____<br>→ Nachweis erforderlich!   |
| <input type="checkbox"/> | Hat Ihr Kind sonderpädagogischen Förderbedarf ?   | <u>Förderschwerpunkt:</u><br>_____<br>_____<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> | Liegen chronische Erkrankungen vor? (z.B. Diabetes oder schwere Allergien)<br>Wenn ja, welche ? | _____<br>_____<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> | weitere Begründung des Betreuungsbedarfs  | _____<br>_____<br>_____  |

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte

Erziehungsberechtigter