

Anlage zum Besuch des Kooperativen Ganztags

Kinddaten

| | |
|--|---|
| Familienname: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Geschlecht: | |
| Eintrittsdatum: | |
| Staatsangehörigkeit: | |
| Liegt bei dem Kind eine Behinderung nach § 53 SGB XII vor? (Kopie Eingliederungshilfebescheid erforderlich) | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein Wenn ja, Bescheid gültig von __.__.20__ bis __.__.20__ |
| Liegt bei dem Kind eine Behinderung nach § 35 a SGB VIII (KJHG) vor? (Kopie Eingliederungshilfebescheid erforderlich) | <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein Wenn ja, Bescheid gültig von __.__.20__ bis __.__.20__ |

Angaben Personensorgeberechtigte*r 1

| | |
|----------------------|--|
| Anrede: | |
| Familienname: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Verhältnis zum Kind: | |

| | |
|-----------------------|---|
| sprachliche Herkunft: | <input type="radio"/> deutschsprachige Herkunft <input type="radio"/> Nicht deutschsprachige Herkunft Nicht deutschsprachige Herkunft nachgewiesen durch: <input type="checkbox"/> amtliches Dokument Art des Dokuments _____ <input type="checkbox"/> Augenschein, bezeugt durch Dritte*n (in diesem Fall bitte angeben) Name der*des Dritte*n: _____ Begründung der Einschätzung: _____ |
|-----------------------|---|

Angaben Personensorgeberechtigte*r 2

| | |
|-----------------------|---|
| Anrede: | |
| Familienname: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Verhältnis zum Kind: | |
| sprachliche Herkunft: | <input type="radio"/> deutschsprachige Herkunft <input type="radio"/> Nicht deutschsprachige Herkunft Nicht deutschsprachige Herkunft nachgewiesen durch: <input type="radio"/> amtliches Dokument Art des Dokuments _____ <input type="radio"/> Augenschein, bezeugt durch Dritte*n (in diesem Fall bitte angeben) Name der*des Dritte*n: _____ Begründung der Einschätzung: _____ |

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____