

An das Landratsamt/Jugendamt bzw. die Stadt/Jugendamt

an die

Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen gemäß §§ 45 - 48 a Sozialgesetzbuch VIII Antrag auf Betriebserlaubnis für Kindertageseinrichtungen nach § 45 SGB VIII

Für die nachstehend bezeichnete Einrichtung wird die Erlaubnis zum Betrieb beantragt.

1 Antrag gemäß § 45 SGB VIII für

- Neueröffnung zum
- Antrag zum
- wegen Standortwechsel (*Umzug*)
 - wegen wesentlicher Änderung der Betriebsbedingungen
 - wegen Zweckänderung

2 Einrichtung

Name und Bezeichnung			
Straße, Haus-Nummer		PLZ	Ort
Telefon	Fax	E-Mail	
Webseite			

3 Art der Einrichtung

- Kinderkrippe
- Kindergarten
- Kinderhort
- Haus für Kinder

maximale Platzzahl

Aufgenommen werden können Kinder im Alter von

unter 3 Jahre (Anzahl)	ab 3 Jahre bis Schuleintritt (Anzahl)	Schulkinder (Anzahl)
------------------------	---------------------------------------	----------------------

Öffnungszeit der Einrichtung	Öffnungstage pro Woche
------------------------------	------------------------

Kurzzeitbetreuung

Ferienbetreuung

Sonstige Einrichtungen:

maximale Platzzahl

Aufgenommen werden können Kinder im Alter von

unter 3 Jahre (Anzahl)	ab 3 Jahre bis Schuleintritt (Anzahl)	Schulkinder (Anzahl)
------------------------	---------------------------------------	----------------------

Öffnungszeit der Einrichtung	Öffnungstage pro Woche
------------------------------	------------------------

4 Name und Anschrift des Trägers

Name

Straße, Haus-Nummer	PLZ	Ort
---------------------	-----	-----

Telefon	Fax	E-Mail
---------	-----	--------

Webseite

Zur Vertretung des Trägers ist satzungsgemäß befugt

Name

Straße, Haus-Nummer	PLZ	Ort
---------------------	-----	-----

Telefon	Fax	E-Mail
---------	-----	--------

Webseite

Trägerschaft:

privat/gewerblich

freigemeinnützig

kommunal

Der Träger der Einrichtung ist folgendem Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen

Arbeiterwohlfahrt

Caritasverband

Diakonie

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Rotes Kreuz

	Sonstige
--	----------

Der Träger ist keinem Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen.

5 Pädagogisches Personal der Einrichtung

5.1 Einrichtungsleitung

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

5.2 stellvertretende Einrichtungsleitung

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

5.3 Pädagogische Fachkräfte *(gegebenenfalls Ergänzungsblatt benutzen)*

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

5.4 Pädagogische Ergänzungskräfte (gegebenenfalls *Ergänzungsblatt* benutzen)

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

5.5 Weitere Kräfte

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am

Lfd. Nr.	Name	Vorname
Ausbildung als		Abschluss am
Dem Träger liegen vor Ausbildungsnachweise <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arbeitsverträge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Belehrung nach § 35 IfSG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erweiterte Führungszeugnisse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Nein: wurde beantragt für (Nummer)		

6 Gebäude, Räume, Nutzflächen

Eigentümer des Gebäudes	Dauer des Miet-/Pachtvertrages	
Name		
Straße, Haus-Nummer	PLZ	Ort

Die Räume der Einrichtung befinden sich im

- Erdgeschoss
- 1. Obergeschoss
- 2. Obergeschoss
- 3. Obergeschoss
- Dachgeschoss
- Personenaufzug vorhanden
- Außenspielfläche vorhanden

Fläche in m ²

Anzahl und Größe der Räume

Anzahl	Räume	Fläche m ² je Raum				
	Gruppenräume					
	Nebenräume					
	Hausaufgabenräume					
	Speiseraum					
	Schlaf-/Ruheräume					
	Küche/Teeküche					
	Sanitärräume					
	Duschen					
	Personaltoiletten					
	Lager/Abstellräume					

	Mehrzweckräume					
	Leitung					
	Personalräume					
	Elternsprechzimmer					
	Therapie-/Werkräume					
	Kinderwagenräume					
	weitere Räume					
	weitere Räume					
Gesamtnutzfläche m²						

Mitbenutzung folgender Räume

Raumbezeichnung	Raumbezeichnung
Raumbezeichnung	Raumbezeichnung
Raumbezeichnung	Raumbezeichnung

7 Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei

- aktuelle Konzeption vom
- Grundrisspläne mit Quadratmeterangaben und Funktionsbeschreibung
 - Satzung des Trägers
 - Ausbildungsnachweis der Leitung
 - Erweitertes Führungszeugnis der Einrichtungsleitung
 - Mietvertrag
 - Überlassungsvertrag
 - Nutzungsvereinbarung bei Doppelnutzung
 - Baurechtliche Genehmigung (*einschließlich Nutzungsänderung/Brandschutz*)
 - Betreuungsvertrag

Ort, Datum

Unterschrift des Trägers bzw. des zu seiner Vertretung Beauftragten

Stempel

**Zur Weiterleitung nach Stellungnahme
(durch das Jugendamt an die Regierung)**

Empfänger

Name der Behörde		
Straße, Haus-Nummer	Postleitzahl	Ort

Ergänzungsblatt für weitere Personalmeldungen

Name der Einrichtung

Pädagogische Fachkräfte

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Pädagogische Ergänzungskräfte

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------

Lfd. Nr.	Name	Vorname
----------	------	---------

Ausbildung als	Abschluss am
----------------	--------------