

Absender  
Vorname Name \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Amt Südangeln  
Kindertagesstätten  
Toft 7  
24860 Böklund

**Bedarfsmeldung für die Inanspruchnahme einer auswärtigen Kindertagesstätte**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ich / Wir habe / n mein / unser Kind für eine Aufnahme ab dem

in folgender Kindertagesstätte angemeldet:

Name der Einrichtung:

Träger der Einrichtung:

Adresse der Einrichtung:

Ich / Wir habe / n diese Einrichtung ausgesucht, weil in meiner / unserer Wohn-  
gemeinde

- kein bedarfsgerechter Platz in einer Kindertageseinrichtung zu dem gewünschten Aufnahmetermine zur Verfügung steht.
- Ich / Wir habe / n diese spezielle Kindertagesstätte aus folgenden besonderen Gründen ausgewählt (**bitte ausführlich begründen**):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ich / Wir bitte / n um Mitteilung, ob Sie den Kostenausgleich an die Standortgemeinde gewähren werden oder ob Sie für das obengenannte Kind einen entsprechenden Platz in einer Kindertageseinrichtung in meiner / unserer Wohngemeinde nachweisen können.

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_