Jugend- und Familienbildungswerk e.V.
Weststraße 9, 48703 Stadtlohn
Tel. 02563 9697-0, Fax 02563 9697-28
info@jfb-stadtlohn.de
www.jfb-stadtlohn.de

Betreuungsantrag für die Offene Ganztagsschule (OGS) an der Gescher Dyk Schule Stadtlohn

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Erziehungsberechtigte:

Anrede: □ Frau □ Herr □ keine Anrede

Name, Vorname: _____

Straße: _____PLZ/Ort_____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Bitte teilen Sie uns ein gültiges und regelmäßig angerufenes E-Mail-Konto mit, da alle relevanten Informationen hauptsächlich auf diesem Weg mitgeteilt werden.

Hiermit beantrage/n ich/wir einen Betreuungsplatz für das unten genannte Kind im Rahmen der Offenen Ganztagsschule für das gesamte Schuljahr 2026/2027.

.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse/Jahrgang 2026/2027: 1□ 2□ 3□ 4□

Geschlecht: weiblich: □ männlich: □ divers: □

Bemerkungen:

_____

_____

_____

<u>Antragsschluss ist der 30.11.2025</u>

Reichen Sie uns bis zum oben genannten Datum Ihren Antrag inklusive der Arbeitgeberbescheinigungen ein.

Bitte beachten Sie, dass später eingehende Anträge zweitrangig behandelt werden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Jugend- und Familienbildungswerk e.V.
Weststraße 9, 48703 Stadtlohn
Tel. 02563 9697-0, Fax 02563 9697-28
info@jfb-stadtlohn.de
www.jfb-stadtlohn.de

Aufnahmekriterien

Diese Aufnahmekriterien sind entscheidend für das Vergabeverfahren.

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Tabelle die zutreffende Antwort an.

Bei Änderungen bezüglich der Kriterien sind Sie verpflichtet, diese beim JFB e.V. zu melden.

		JA	NEIN
1	Das Kind hat schon im Vorjahr die OGS besucht.		
2	Ein Geschwisterkind geht schon in die OGS. ►Wenn ja, Name, Vorname des Kindes: _____		
3	Berufstätigkeit/Ausbildung/Qualifizierungsmaßnahmen eines Alleinerziehenden machen den Besuch der OGS nötig.		
4	Berufstätigkeit/Ausbildung/Qualifizierungsmaßnahmen beider Erziehungsberechtigten machen den Besuch der OGS nötig.		
5	Nach Empfehlung der Schule ist es für das Kind aus **pädagogischen Gründen** oder aus Gründen des Spracherwerbs wichtig, die OGS zu besuchen. ►Grund: _____		
6	Einzel- und Sonderfälle bzw. besondere familiäre Notsituationen. ►Grund: _____		

Bemerkungen:

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Jugend- und Familienbildungswerk e.V.
Weststraße 9, 48703 Stadtlohn
Tel. 02563 9697-0, Fax 02563 9697-28
info@jfb-stadtlohn.de
www.jfb-stadtlohn.de

Bescheinigung zur Vorlage bei Antragstellung Betreuungsmaßnahme
Offene Ganztagesschule in Stadtlohn

1. Erziehungsberechtigte/r (1)

Anrede: □ Frau □ Herr □ keine Anrede

Name, Vorname: _____

Straße: _____PLZ/Ort_____

Die oben genannte Mitarbeitende Person ist in unserem Unternehmen/Betrieb bzw. in unserer Institution/Einrichtung:

Arbeitgeber: _____

Straße: _____PLZ/Ort_____

beschäftigt/in Ausbildung.

Die □ Arbeits- bzw. □ Ausbildungszeit beträgt _____ Stunden/Woche.
Die Arbeits-/Ausbildungszeit ist an ___ Tag/en in der Woche zu erbringen.

Die Mitarbeiterin/Der Mitarbeiter ist:
□ unbefristet beschäftigt.
□ befristet beschäftigt, bis zum ___/_____/_____

2. Besonderheiten
□ Schichtdienst □ Ausbildung □ Gleitzeit

3. Arbeitstage/Arbeitszeiten

Wochentag	**Arbeitszeit von / bis (Uhrzeit)**
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

4. Elternzeit

□ wurde beantragt vom _____ bis _____

□ während der Elternzeit wird eine Teilzeitbeschäftigung mit ____ h/Woche ausgeübt.

□ zurzeit in Elternzeit, die Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt voraussichtlich zum _____

5. Zusatzbemerkungen:

_____

_____

_____

_____
Bestätigung des Arbeitgebers/der Ausbildungsstätte mit Datum/Unterschrift/Stempel

Jugend- und Familienbildungswerk e.V.
Weststraße 9, 48703 Stadtlohn
Tel. 02563 9697-0, Fax 02563 9697-28
info@jfb-stadtlohn.de
www.jfb-stadtlohn.de

Bescheinigung zur Vorlage bei Antragstellung Betreuungsmaßnahme
Offene Ganztagesschule in Stadtlohn

1. Erziehungsberechtigte/r (2)

Anrede: □ Frau □ Herr □ keine Anrede

Name, Vorname: _____

Straße: _____PLZ/Ort_____

Die oben genannte Mitarbeitende Person ist in unserem Unternehmen/Betrieb bzw. in unserer Institution/Einrichtung:

Arbeitgeber: _____

Straße: _____PLZ/Ort_____

beschäftigt/in Ausbildung.

Die □ Arbeits- bzw. □ Ausbildungszeit beträgt _____ Stunden/Woche.
Die Arbeits-/Ausbildungszeit ist an ___ Tag/en in der Woche zu erbringen.

Die Mitarbeiterin/Der Mitarbeiter ist:
□ unbefristet beschäftigt.
□ befristet beschäftigt, bis zum ___/_____/_____

2. Besonderheiten
□ Schichtdienst □ Ausbildung □ Gleitzeit

3. Arbeitstage/Arbeitszeiten

Wochentag	**Arbeitszeit von / bis (Uhrzeit)**
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

4. Elternzeit

□ wurde beantragt vom _____ bis _____

□ während der Elternzeit wird eine Teilzeitbeschäftigung mit ____ h/Woche ausgeübt.

□ zurzeit in Elternzeit, die Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt voraussichtlich zum _____

5. Zusatzbemerkungen:

_____

_____

_____

_____
Bestätigung des Arbeitgebers/der Ausbildungsstätte mit Datum/Unterschrift/Stempel