

---

 Ort, Datum

Landkreis Ludwigslust-Parchim  
 Stabsstelle Jugendhilfe-und Sozialplanung  
 Garnisonsstr. 1  
 19288 Ludwigslust

### ANTRAG

auf Erteilung der Erlaubnis für den Betrieb einer Kindertageseinrichtung gemäß § 45 ff. SGB VIII und § 15 des Gesetzes zur Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege (KiföG M-V) vom 12.07.2010

1. Name und Anschrift des Trägers:

Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Gesetzliche/r Vertreter/in	
Dach- oder Spitzenverband:	

2. Name und Anschrift der Einrichtung:

Aktenzeichen:	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Leiter/in:	

3. Art der Einrichtung gemäß § 2 KiföG M-V: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |                                                  |                                                                         |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe            | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten, Hort) |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten            | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten)       |
| <input type="checkbox"/> Hort                    | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte (Kindergarten, Hort)         |
| <input type="checkbox"/> integrative Einrichtung |                                                                         |

4. Öffnungszeit: \_\_\_\_\_

5. Grund der Antragstellung (Zutreffendes bitte ankreuzen! Mehrfachnennungen möglich)

- |                                                                 |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neueröffnung                           | <input type="checkbox"/> Erweiterung/Reduzierung |
| <input type="checkbox"/> Strukturveränderung                    | <input type="checkbox"/> Trägerwechsel           |
| <input type="checkbox"/> Ablauf der Befristung                  | <input type="checkbox"/> Änderung der Anschrift  |
| <input type="checkbox"/> Ausweichobjekt                         | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____        |
| <input type="checkbox"/> Änderung/Erweiterung des Raumangebotes |                                                  |

6. Begründung zum Antrag

7. Beantragte Kapazität mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_

Altersgruppe			
Plätze gesamt	Plätze ab vollendetem _____ Lebensmonat bis zu 3 Jahren	Plätze 3. Lebensjahr bis Schuleintritt	Plätze schulpflichtiges Alter bis 10/11 Jahren

8. Vorgesehene Gruppenstruktur:

8.1 Regel- gruppen	Gruppenstärke	davon Krippenkinder		davon Kindergartenkinder		davon Hortkinder	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
8.2 Integrative Gruppen/ Sondergruppen Einzel- integration	Gruppen- stärke	davon Krippenkinder		davon Kindergartenkinder		davon Hortkinder	
		gesamt	Kinder mit Behinderung	gesamt	Kinder mit Behinderung	gesamt	Kinder mit Behinderung
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

- Der Träger erklärt, dass er bei der Besetzung von Stellen dafür Sorge trägt, dass die MitarbeiterInnen die Prinzipien der freiheitlich demokratischen Grundordnung gemäß des Erlass „Gewährung für eine den Zielen des Grundgesetzes förderlichen Arbeit bei der Erlaubniserteilung für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen“ vom 20.07.2010 anerkennen.
- Der Träger ist anerkannter Träger der freien Jugendhilfe gemäß § 75 SGB VIII.

---

 rechtsverbindliche Unterschrift und Stempel des Trägers



Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Wöchentl. Arbeitszeit in Std. –gesamt-	Anteil mittelbare päd. Arbeit nach § 10 (5) KiföG M-V Std.
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen		

## Assistenzkräfte

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Art der Beschäftigung	Wöchentl. Arbeitszeit in Std.
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen		

## Zusätzliche Kräfte

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)		Art der Beschäftigung	Wöchentl. Arbeitszeit in Std.
				Grundausbildung	Zusatzausbildungen		

## Hauswirtschaftliche, technische und Verwaltungsmitarbeiterinnen/er

Name	Vorname	männlich ankreuzen	Geb.-Jahr	Berufsabschluss	Art der Beschäftigung (lt. Schlüsselverzeichnis M-V)	Wöchentl. Arbeitszeit in Std.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift  
(Träger der Einrichtung)Stempel und Unterschrift  
(Leiter/in der Einrichtung)