

Sozialdienst kath. Frauen e.V. Lippstadt  
Frau Großer  
Cappelstraße 27  
59555 Lippstadt  
02941/28881-50  
grosser@skf-lippstadt.de



## Fragebogen für Personensorgeberechtigte - Kindertagespflege -

### 1. Personalien:

	Mutter	Vater	Kind
Name:			
Vorname:			
geboren am:			
Straße:			
PLZ; Wohnort:			
Telefon/Handy:			
Mailadresse:			

### 2. Sie interessieren sich für eine Betreuung in der Kindertagespflege, weil...

---

---

---

---

### 3. Wann soll das Betreuungsverhältnis beginnen?

---

**4. Zu welchen Zeiten benötigen Sie eine Tagespflegeperson?**

	von	bis	
Montag			..... Std./Woche
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

**5. Bis zu welcher Entfernung haben Sie die Möglichkeit Ihr Kind zur Tagespflegeperson zu bringen?**

bis ca. .... km

**6. Randstundenbetreuung:  
Muss Ihr Kind von einer Kindertageseinrichtung oder Schule abgeholt bzw. hingbracht werden?**

ja  nein

◆ ggf. bitte Adresse von der Kindertageseinrichtung oder Schule angeben

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**7. Was ist bei der Betreuung Ihres Kindes zu beachten?  
(Allergien, dauerhafte Erkrankungen, Ernährung, Medikamente, etc.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Liegt ein besonderer Förderbedarf bei Ihrem Kind vor?**

ja  nein

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Welche Vorstellung haben Sie von dem pädagogischen Konzept der Tagespflegeperson z.B. Gruppengröße, Alter der Kinder, etc.?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Was ist Ihnen bei der Erziehung Ihres Kindes wichtig? Worauf soll die Tagespflegeperson nach Möglichkeit achten?**

---

---

---

**11. Sind Sie im Krankheitsfall der Tagespflegeperson auf eine Vertretungsregelung angewiesen?**

- ja  nein

Anmerkungen:

---

---

**12. Darf die Tagespflegeperson Haustiere haben?**

- ja  nein

**14. Haben Sie Interesse, sich unter Umständen als Elternvertreter für die Kindertagespflege wählen zu lassen?**

- ja  nein  vielleicht

**14. Sonstige Angaben oder Anmerkungen**

---

---

---

**15. Erklärung:  
Alle Angaben haben wir/ich freiwillig gemacht und dienen ausschließlich dem Zwecke der Vermittlung.**

---

Ort, Datum

Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten