

Sozialdienst kath. Frauen e.V.  
Ortsverein Lippstadt  
Frau Balkenhol/Frau Großekathöfer  
Cappelstraße 27  
59555 Lippstadt



**Fragebogen für Personensorgeberechtigte  
- Kindertagespflege -**

**1. Personalien:**

	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>	<b>Kind</b>
<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Adresse/ Straße:</b>			
<b>PLZ; Wohnort:</b>			
<b>Telefon/ Handy:</b>			
<b>Geboren am:</b>			

**2. Ich habe folgende Kinder:**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Kiga/ Kita/ Schule</b>

**3. Für welches Kind benötigen Sie eine Tagespflegeperson?**

---

---

---

**Wann soll das Betreuungsverhältnis beginnen:**

---

**4. Warum benötigen Sie eine Tagespflege?**

---

---

---

---

**5. Haben Sie die Möglichkeit das Kind zur Tagespflegeperson zu bringen?**

- Ja, bis ca. .... km       nein

**6. Wo soll das Kind betreut werden?**

- Im Haushalt der Tagespflegeperson       In meinem eigenen Haushalt

Nach Möglichkeit in der Nähe:

- meiner Wohnung  
 vom Kiga/ Kita/ Schule  
 meiner Arbeitstelle  
Bitte Adresse angeben:

---

**7. Wann benötigen Sie eine Tagespflegeperson?**

	von	bis	
Montag			ca. .... Std./Woche
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

- Mit Übernachtungsmöglichkeit  
 ja       nein
- Sind Sie im Schichtdienst bzw. Bereitschaftsdienst tätig?  
 ja       nein
- Flexibel, je nach Absprache mit der Tagespflegeperson

Anmerkung:

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Für welchen Zeitraum benötigen Sie eine Tagesmutter?**

- Für ..... Monate       Für ..... Jahre       Start Kiga/ Kita/ Schule  
ab: .....

Anmerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Welche Mahlzeiten sollen bei der Tagespflegeperson eingenommen werden?**

- Frühstück                       Mittagessen                       Abendessen

**10. Muss das Kind von einer Kindertageseinrichtung oder Schule abgeholt bzw. hingebracht werden?**

- ja                                       nein

◆ ggf. bitte Adresse von der Kindertageseinrichtung oder Schule angeben

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

- ja                                       nein

Anmerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

**13. Welche Vorstellung haben Sie von der Tagespflegeperson und ihrer Gruppe?  
(Familienkonstellation, Gruppengröße, Alter der Kinder, etc.)**

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

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

- ja                                       nein

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

---

---

---

---

---

**16. Welche Erziehungsziele sind Ihnen wichtig?**

---

---

---

---

---

**17. Was ist Ihnen bei der Zusammenarbeit mit der Tagespflegeperson, dem Jugendamt und dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. wichtig?**

---

---

---

---

---

**18. Sonstige Angaben oder Anmerkungen**

---

---

---

---

---

**19. Es ist mir/uns bekannt, dass die Vermittlungsstelle beratend tätig ist. Die Verantwortung für den Aufenthalt meines/unseres Kindes bei einer Tagespflegeperson obliegt mir/uns.**

**20. Erklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben an andere Vermittlungsstellen im Kreisgebiet Soest und den Tagespflegepersonen im Rahmen der Vermittlung weitergegeben werden.**

**21. Alle Angaben haben wir/ habe ich freiwillig gemacht. Veränderungen werden wir/ werde ich dem SkF e.V. Lippstadt unaufgefordert und unverzüglich melden. Uns ist/ mir ist bewusst, dass etwaige Fehlinformationen dazu führen können, dass eine weitere Bearbeitung ggf. nicht erfolgen kann.**

---

Ort, Datum

Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten