

Betreuungsnachweis der Tagespflegestelle für den Monat: _____

(Bitte bis zum 15. des Folgemonats einreichen)

V08/2018

Angaben zur Tagespflegestelle:		Schließung der Tagespflege wegen Urlaub oder Krankheit:	
Name, Vorname:		Urlaub der Tagespflegeperson von – bis:	
Adresse:		Krankheit der Tagespflegeperson von – bis:	

Förderung durch den Kreis Schleswig-Flensburg:							Wird vom FB Jugend und Familie ausgefüllt	
Name, Vorname des Tagespflegekindes	mit Eltern vereinbarte Betreuungs- zeit pro Woche	durch den Kreis geförderte Betreuungs- zeit pro Woche	Betreuung hat mindestens im bewilligten Förderumfang stattgefunden		Fehlzeit/ en des Kindes wg. Krankheit von - bis	Sonstige Fehlzeit/ en des Kindes von - bis	Förderleistung (€)	Kostenbeitrag geprüft
			ja	nein				

Folgende Kinder werden durch andere Jugendämter gefördert oder privat abgerechnet: (ggf. Rückseite oder zweiten Vordruck verwenden)			
Vorname des Tagespflegekindes	mit den Eltern vereinbarte Betreuungszeit pro Woche	welches Jugendamt fördert	Bemerkung

Für folgende Kinder fand eine Eingewöhnungsphase statt (bitte Name des Kindes und das Zeitfenster der Eingewöhnung angeben): 	_____ Datum/ Unterschrift der Tagespflegeperson
--	--