

Bestätigung der Praktizierung eines Wechselmodells (paritätische Betreuung)

(Posteingangsstempel)

Amt Schlieben • Tel. 03 53 61 35 60 • amt-schlieben@t-online.de

Amt Schlieben
Abt. Sozialverwaltung
Herzberger Straße 7
04936 Schlieben

Praktizierung eines Wechselmodells

ab (Datum)

Angaben zum Kind / zu den Kindern

Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift (Hauptwohnsitz)

Angaben zu den sorgeberechtigten Elternteilen

Name	Vorname	Anschrift

Erklärung

Hiermit bestätigen wir, dass wir für unser oben genanntes Kind das sogenannte Wechselmodell (paritätische Betreuung) praktizieren.
Beide Elternteile tragen gemeinsam Verantwortung für Betreuung, Erziehung und Alltagsorganisation.
Das bedeutet, dass das Kind regelmäßig und in etwa zu gleichen Teilen in beiden Haushalten betreut wird.

Die Betreuung erfolgt im folgenden Rhythmus (z.B. wöchentlich, 14tägig, individuell geregelt):

Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift 1. Personensorgeberechtigte/r	Unterschrift 2. Personensorgeberechtigte/r

Wir weisen zusätzlich auf das Datenschutzinformativblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Kindertagesbetreuung“ hin, welches im Internet unter www.amt-schlieben.de/verwaltung/rechtliches/datenschutz/ aufgeführt ist.