

# Kurzantrag Setting Kita

Folgeantrag: ja    nein

Name der Einrichtung, Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

Leiter/-in:

Ansprechpartner/-in:

Träger:

Wird von symbioun/TK ausgefüllt:

Projektnummer:

Projekttitel:

Marktregion:

Eingesetzte/r Referent/-in:

## PROFIL

Offene Arbeit

Gruppenstruktur altersrein

Altersgemischt

Pädagogisches Konzept (z.B. Integrativ, Waldorf, Montessori, Religionsansatz):

Sonstige Ansätze (z.B. Kneipp, Bewegungskindergarten, Musik, Mehrsprachigkeit, Interkulturell):

## KINDER

Anzahl der Betreuungsplätze:

Alter betreuter Kinder von:

bis:

Anzahl derzeit betreuter Kinder ges.:

Davon ganztags:

Davon halbtags:

Anzahl Kinder 0 bis 3 Jahren (Krippe):

Anzahl Kinder 3 bis 6 Jahren (Kindergarten):

Anzahl Schulkinder ab 6 Jahre (Hort):

Anzahl Kinder mit besonderem Förderungsbedarf:

Anzahl Kinder nicht deutscher Muttersprache:

Anzahl sozial benachteiligter Kinder (geschätzt):

## PERSONAL

Anzahl pädagogische Mitarbeiter/-innen gesamt:

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit:

Anzahl besondere Fachkräfte (z.B. Heilpädagogen):

Fachdisziplin/en der besonderen Fachkräfte:

Anzahl pädagogische Hilfskräfte:

Anzahl sonstige Mitarbeiter/-innen gesamt:

## BETREUUNG

Täglich Mo-Fr von:

bis:

Abweichende/r Tag/e:

von:

bis:

Wochenend-Betreuung:

ja

nein

nach Absprache

Rund-um-die-Uhr-Betreuung:

ja

nein

nach Absprache

**WEITERE STRUKTURMERKMALE:**

**Soziale Lage im Stadtteil/Ort:**      **gut**                      **ausgewogen**                      **problematisch**

**PROJEKTINFORMATIONEN:**

**Projekttitle:** „Olympia ruft: Mach mit!“

**Geplanter Projektbeginn:**

**Geplantes Projektende:**

**Liegt für das Projekt ein einvernehmlicher Beschluss vor?**

(Träger/Vorstand der Kita, Mitarbeiter/-innen, Eltern)

**ja**

**nein**

**Beschreiben Sie, von welchen Problemstellungen Ihr Projekt ausgeht.**

Woraus leiten Sie den Bedarf ab, dieses Projekt durchzuführen?

Bewegungsmangel

hohes Gewaltpotenzial

schlechte Ernährungsgewohnheiten

fehlende Partizipation von Einrichtung und Umgebung

hoher Medienkonsum

sonstige Problemstellungen:

erhöhte Stressbelastung

mangelhafte Integration/Inklusion

**Bitte beschreiben Sie, welche Ziele mit dem Projekt verfolgt werden sollen.**

Gemeinschaft stärken/Fairplay fördern

Wissensvermittlung an Mitarbeiter (im Bereich der Gesundheitsförderung)

Freude an Bewegung vermitteln

Integration/Inklusion verbessern

Denk- und Verhaltensstrukturen aufbrechen

sonstige Ziele:

nachhaltig Bewegung in den Alltag integrieren

Stressbewältigung

**Begründung für die wiederholte Durchführung** (nur ausfüllen bei Folgeantrag):

andere Altersklasse

Sonstiges

andere Abteilung/anderer Bereich

anderer inhaltlicher Schwerpunkt

**Welche Eigenleistung bringen Sie (über den normalen Betrieb der Einrichtung hinaus) in dieses Projekt ein?**

Die Einrichtung erbringt geldwerte Eigenleistung in Form von Arbeitsstunden, die im Rahmen des Projekts „Olympia ruft: Mach mit!“ abgeleistet werden.

sonstige Eigenleistung

**Einwilligungserklärung Datenschutz**

Ich erkläre mich bis auf Widerruf mit einer Speicherung und Nutzung meiner Daten bei der TK einverstanden, um Informationen von der TK – bei Angabe der Telefonnummer und/oder E-Mailadresse auch telefonisch und/oder per E-Mail – zu erhalten und die Bewilligung oder Ablehnung meines Antrages per E-Mail zu erhalten. Ich kann meine erklärte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....  
Unterschrift

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der symbioun e.V. unsere Angaben auf den Seiten 1, 2 und 3 dieses Kurzantrages zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung des Projektes „Olympia ruft: Mach mit!“ speichert, verarbeitet und zum Zwecke der Fördermittelbeantragung nur an die Techniker Krankenkasse weiterleitet. Meine erklärte Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kita-Leiter/-in / Stempel der Einrichtung

**Bitte senden Sie uns in jedem Fall den vollständig ausgefüllten Kurzantrag im Original per Post an:**

symbioun Bundeszentrale  
Bahnhofstraße 14  
99867 Gotha

Gerne können Sie Ihren Antrag ergänzend vorab senden:

- per E-Mail an [olympiaruft@symbioun.de](mailto:olympiaruft@symbioun.de) oder
- per Fax an symbioun Bundeszentrale: 03621 5078911