

KINDERKRIPPE Kindertagesstätte St. Georg



Anmeldung Änderung Abmeldung

I. Angaben zur Person

VATER

Name Vater	
Geboren	
Beruf	
Staatsangehörigkeit	
Straße / Haus-Nr./Tel.	
PLZ / Ort	

MUTTER

Name Mutter	
Geboren	
Beruf	
Staatsangehörigkeit	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Ort	

Sorgeberechtigte/r für das Kind ist/sind: (Vorname/Name)	
---	--

BANKVERBINDUNG

Konto-Nr.	
Bankleitzahl	
Bank	
Kontoinhaber/in	

KIND

Familienname des Kindes	
Vorname	
Staatsangehörigkeit	
Geburtsdatum	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Geschwisterkind	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: in welcher Kindertagesstätte? _____
Behinderung liegt vor (Bestätigung beifügen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beide Eltern, bzw. der Elternteil, bei dem das Kind seinen überwiegenden Aufent- halt hat, sind nichtdeutscher Herkunft (Bitte Nachweis, Ausweis, beifügen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nachweis über Früherkennungs- untersuchungen wurde vorgelegt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

KINDERKRIPPE im Kinderhaus St. Georg



II. Festlegung der Buchungszeiten

für das Kind: _____
(Vorname, Name)

Wochentag	Bringzeit	Abholzeit
Montag	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Dienstag	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Mittwoch	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Donnerstag	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr
Freitag	von _____ bis _____ Uhr	von _____ bis _____ Uhr

Daraus ergibt sich als verbindliche Buchungszeitkategorie und Elternbeitrag:

Buchungsdatum	Buchungszeitkategorie	Elternbeitrag pro Monat	
		1. Kind	2. Kind
Buchung ab _____ (Datum einfügen)	4-5 Stunden <input type="checkbox"/>	250,00 € <input type="checkbox"/>	150,00 € <input type="checkbox"/>
	5-6 Stunden <input type="checkbox"/>	300,00 € <input type="checkbox"/>	180,00 € <input type="checkbox"/>
	6-7 Stunden <input type="checkbox"/>	350,00 € <input type="checkbox"/>	210,00 € <input type="checkbox"/>
	7-8 Stunden <input type="checkbox"/>	400,00 € <input type="checkbox"/>	240,00 € <input type="checkbox"/>
	über 8 Stunden <input type="checkbox"/>	450,00 € <input type="checkbox"/>	270,00 € <input type="checkbox"/>

Sonstige Beiträge lt. Satzung	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.
Änderungen teile ich der Einrichtung unverzüglich mit.

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Personensorgeberechtigten)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Leitung der Einrichtung)