

Anmeldung



Änderung

Kinder ab Vollendung des 1. bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres für den Besuch der  
Kita Storchenwiese, Wabern, Ziegenhainer Str. 18, Tel.: 05683/922398

**Öffnungszeiten:** Montag bis Freitag, 07:00-15:00 Uhr

Name + Vorname des Kindes:	
Geburtstag:	
Geburtsort:	
Straße und Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Staatsangehörigkeit:	

Angaben der Erziehungsberechtigten:	Mutter:	Vater:
Nachname + Vorname:		
Staatsangehörigkeit:		
Berufstätigkeit:		
<b>Bitte ankreuzen:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Telefonnr. tagsüber		
Email-Adresse:		

Besondere Krankheiten /Allergien:	
Impfungen:	
Überstandene Kinderkrankheiten:	
Name des Hausarzt:	
Anschrift:	

Tel.-Nr.:	
Krankenkasse:	
Anschrift:	

- Aufnahmedatum in der Kindertagesstätte: \_\_\_\_\_
- Änderungsdatum Betreuungszeit: \_\_\_\_\_

**Wahl der Betreuungszeit: (Bitte ankreuzen:)**

	Betreuungszeit	von	bis	Monatlicher Betrag
<input type="checkbox"/>	Frühbetreuung	07:00 Uhr	08:00 Uhr	20,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung I	08:00 Uhr	12:00 Uhr	100,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung II	08:00 Uhr	13:00 Uhr	110,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung III	08:00 Uhr	14:00 Uhr	130,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung IV	08:00 Uhr	15:00 Uhr	150,00 €

Ein Mittagessen kann zusätzlich gebucht werden und wird für die in Anspruch genommenen Tage in Rechnung gestellt. Bitte sprechen Sie dazu mit dem Leiter/der Leiterin der Einrichtung.

\_\_\_\_\_  
Datum + Unterschrift eines Elternteils bzw. Personensorgeberechtigten

**Einzugsermächtigung und Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Ich bin damit einverstanden, dass die satzungsgemäßen Beiträge monatlich von meinem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum + Unterschrift des Kontoinhabers

**Interne Vermerke:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_