

Anmeldung

Änderung

**Kinder ab Vollendung des 1. bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres
für den Besuch der Kindertagesstätte *FalkeNest* in Falkenberg**

Kindertagesstätte Falkenberg
Melsunger Str. 28 A
34590 Wabern-Falkenberg
Telefon: 05683/7130

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag:
07:00 bis 17:00 Uhr

Nachname, Vorname des Kindes:			
Geburtstag:			
Geburtsort:			
Straße, Haus-Nr.:			
PLZ Wohnort			
Staatsangehörigkeit:			
Erziehungsberechtigte	Mutter:	Vater:	
Nachname, Vorname:			
Staatsangehörigkeit:			
Berufstätigkeit:			
Bitte ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Tel. erreichbar (tagsüber):			
E-Mail-Adresse:			
Besondere Krankheiten/ Allergien:			
Impfungen:			
überstandene Kinderkrankheiten:			
Hausarzt:			
Anschrift:			
Telefon-Nr.:			
Krankenkasse:			
Anschrift:			

Aufnahmedatum Kindertagesstätte: _____

Änderungsdatum Betreuungszeit: _____

Bitte ankreuzen:

	Betreuungszeit	von	bis		Betrag
<input type="checkbox"/>	Frühbetreuung	07:00 Uhr	08:00 Uhr	mtl. Gebühr	20,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung I	08:00 Uhr	13:00 Uhr	mtl. Gebühr	110,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung II	08:00 Uhr	15:00 Uhr	mtl. Gebühr	150,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung III	08:00 Uhr	17:00 Uhr	mtl. Gebühr	170,00 €

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

Datum, Unterschrift eines Elternteils bzw. Personensorgeberechtigten

Die Anmeldung zum Besuch der Kita Falkenberg ist verbindlich. Ich/Wir erkenne(n) die Benutzungssatzung für die Tageseinrichtung für Kinder der Gemeinde Wabern und die entsprechende Gebührensatzung an. Eine Ausfertigung der Satzungen erhalte ich auf Wunsch. Sie sind auch auf der Homepage der Gemeinde Wabern als Download verfügbar.

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: _____

BIC: _____

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers