

Anmeldung



Änderung

für Kinder ab Vollendung des 1. bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres für den Besuch der  
**Kindertagesstätte „Schatzkiste“**  
**Landgrafenstraße 43, 34590 Wabern - Tel.: 05683/9969850**

Öffnungszeiten: 07:00 – 17:00 Uhr

Name & Vorname des Kindes:	
Geburtstag:	
Geburtsort:	
Anschrift: (Straße, Hausnummer, Wohnort)	
Staatsangehörigkeit:	

<b>Angaben der Erziehungsberechtigten:</b>	<b>Mutter:</b>	<b>Vater:</b>
Name & Vorname:		
Staatsangehörigkeit:		
Berufstätigkeit:		
Bitte ankreuzen:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Telefonnummer tagsüber:		
Email-Adresse:		

Besondere Krankheiten/ Allergien:	
Impfungen:	
Überstandene Kinderkrankheiten:	
Name des Hausarztes:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Krankenkasse:	
Anschrift:	

Gewünschtes Aufnahmedatum/ Änderungsdatum: \_\_\_\_\_

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

	<b>Betreuungszeit</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>monatlicher Betrag</b>
<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 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung V	08:00 Uhr	16:00 Uhr	160,00 €
<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung VI	08:00 Uhr	17:00 Uhr	170,00 €

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

**\*Gebührenermäßigung:**

Wir weisen darauf hin, dass für einkommensschwache Familien und Alleinerziehende die Möglichkeit besteht, beim Jugendamt des Schwalm-Eder-Kreises einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Für nähere Informationen und die Antragstellung setzen Sie sich bitte mit der KiTa- Leitung oder Frau Gehrke, Gemeindeverwaltung Wabern, Telefonnummer: 05683/5009-41, in Verbindung.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Einzugsermächtigung und Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Ich bin damit einverstanden, dass die satzungsgemäßen Beträge monatlich von meinem Konto abgebucht werden.

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

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

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers