

PK-Nr. _____

Gemeindekinderhaus „Löwenzahn“

Aufnahmeantrag für
 Kinderkrippe Kindergarten



ab: _____

Familienname des anzumeldenden Kindes			Geburtstag:		
Vorname Alle Vornamen, Rufname unterstreichen			Bekenntnis:		
Geburtsort Ort, Landkreis, Land, Staat			Staatsangehörigkeit:		
Wohnanschrift des Kindes:	Straße _____ PLZ, Ort _____				
Kindergarten Buchungszeiten:	Bringzeiten: <input type="radio"/> 7.00 Uhr <input type="radio"/> 7.30 Uhr <input type="radio"/> 8.00 Uhr Abholzeiten: <input type="radio"/> 12:00 Uhr <input type="radio"/> 12:30 Uhr <input type="radio"/> 13:30 Uhr <input type="radio"/> 14:00 Uhr <input type="radio"/> 15:00 Uhr <input type="radio"/> 16:00 Uhr				
Kinderkrippe Buchungszeiten: Die Buchung einzelner Tage ist nur in Absprache mit der Einrichtungsleitung möglich	<input type="radio"/> 2 Tage	<input type="radio"/> 3 Tage	<input type="radio"/> 5 Tage	Bringzeiten:	Abholzeiten:
	<input type="radio"/> Mo / Di	<input type="radio"/> Mo – Mi	<input type="radio"/> Mo – Fr	<input type="radio"/> 7.00 Uhr	<input type="radio"/> 12.00 Uhr <input type="radio"/> 12.30 Uhr
	<input type="radio"/> Do / Fr	<input type="radio"/> Mi - Fr		<input type="radio"/> 7.30 Uhr	<input type="radio"/> 13.30 Uhr <input type="radio"/> 14.00 Uhr
				<input type="radio"/> 8.00 Uhr	<input type="radio"/> 15.00 Uhr <input type="radio"/> 16.00 Uhr
	Wöchentliche Buchungsstunden: _____				
Mittagessen wird gebucht:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Tage _____				
Erziehungs- berechtigte(r): <input type="radio"/> Berufstätig <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit	Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____		
	Straße _____		PLZ, Ort _____		
	Beruf, Arbeitgeber / Telefon Arbeit _____				
	Telefon privat _____	Handynummer _____	E-Mail-Adresse _____		
	Rechtstellung zum Kind: <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Person mit Vollmacht				
Erziehungs- berechtigte(r): <input type="radio"/> Berufstätig <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit	Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____		
	Straße _____		PLZ, Ort _____		
	Beruf, Arbeitgeber / Telefon Arbeit _____				
	Telefon privat _____	Handynummer _____	E-Mail-Adresse _____		
	Rechtstellung zum Kind: <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Person mit Vollmacht				

PK-Nr. _____

Personen, die das Kind abholen:	
Telefonnummer für Notfälle	
Krankenkasse des Kindes:	
Datum letzte Tetanus-/Masernimpfung:	
Allergien: Lebensmittel:	
	<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte beschreiben)
In welchen anderen Einrichtungen haben Sie Ihr Kind noch angemeldet?:	
Dringlichkeits-Gründe:	<input type="checkbox"/> Alleinerziehend mit Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Alleinerziehend ohne Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit beider Elternteile <input type="checkbox"/> Geschwisterkind das die Kindertageseinrichtung bereits besucht <input type="checkbox"/> Alter des Kindes
Besonderer Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/> Diagnostizierte Behinderung des Kindes <input type="checkbox"/> Verhaltens- bzw. Entwicklungsauffälligkeit des Kindes <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung des Kindes <input type="checkbox"/> keine/geringe Deutschkenntnisse des Kindes
Antrag auf Beitragsermäßigung	<input type="checkbox"/> Ermäßigung für Geschwister-Kind Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
wichtiger Hinweis:	Änderungen bezüglich der persönlichen Daten (wie z.B. Namens- und Adressänderung, Rückstellung Schule) sind gem. Art. 26a BayKiBiG unverzüglich dem Träger (VG Mammendorf für Gemeinde Hattenhofen) mitzuteilen. Wir weisen darauf hin, dass nach §6 IfSG bei meldepflichtigen Krankheiten (wie z.B. Keuchhusten, Magen-Darm-Erkrankungen, Masern, Mumps, Röteln, Ringelröteln, Windpocken, Parasitenbefall, etc.) das Gesundheitsamt informiert werden muss.

_____, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten
(muss unbedingt von beiden unterschrieben werden!)

➤ Bitte beachten: Das Kind kann nur aufgenommen werden, wenn die beiliegende Erklärung zum SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt wurde!

PK-Nr. _____
Verwaltungsgemeinschaft
Mammendorf
Augsburger Straße 12
82291 Mammendorf

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, wiederkehrend Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Gemeinde Hattenhofen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000172569
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Tag einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Kontoinhaber:

Anschrift des
Kontoinhabers:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort

Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber

Das Mandat ist gültig für:

Forderungen eines Objekts

_____ (Name des Kindes)