



Anmeldung Kinderkrippe

Hiermit melde ich mein Kind ab dem
 in der Krippe des Kindergarten Isarbiber an.

Name, Vorname Kind:		
Geburtstag:	Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Anschrift:		
Tel.Nr./Handy-Nr.		
E-Mail-Adresse:		

Mit den Aufnahmebedingungen und der Kindergartensatzung bin ich einverstanden.

Elternbeiträge nach durchschnittlicher täglicher Buchungszeit pro Woche (Bspw. 3 Tage mit 5 Stunden = 15 Wochenstunden also 3 Stunden im Tagesschnitt somit Gebühr für 2-3 Stunden):

von mehr als 2 bis einschl. 3 Stunden	220,00 €
von mehr als 3 bis einschl. 4 Stunden	245,00 €
von mehr als 4 bis einschl. 5 Stunden	270,00 €
mehr als 5 bis einschließl. 6 Stunden	300,00 €
mehr als 6 bis einschließl. 7 Stunden	330,00 €
mehr als 7 bis einschließl. 8 Stunden	360,00 €
mehr als 8 bis einschließl. 9 Stunden	390,00 €

Mein Kind wird für folgende Zeiten angemeldet:

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
07:00 - 13:00		07:00 - 13:00		07:00 - 13:00		07:00 - 13:00		07:00 - 13:00	
07:00 - 14:00		07:00 - 14:00		07:00 - 14:00		07:00 - 14:00		07:00 - 14:00	
07:00 - 15:00		07:00 - 15:00		07:00 - 15:00		07:00 - 15:00		07:00 - 15:00	
08:00 - 13:00		08:00 - 13:00		08:00 - 13:00		08:00 - 13:00		08:00 - 13:00	
08:00 - 14:00		08:00 - 14:00		08:00 - 14:00		08:00 - 14:00		08:00 - 14:00	
08:00 - 15:00		08:00 - 15:00		08:00 - 15:00		08:00 - 15:00		08:00 - 15:00	

In den Gebühren ist ein monatliches Spielgeld von 10,00 € enthalten.

Die Gebühren werden für **12 Monate** erhoben und von einer der Gemeinde Wackersberg mitgeteilten Bankverbindung monatlich eingezogen.

Für Geschwister in der Kindertagesstätte ermäßigt sich die Gebühr für das zweite und jedes weitere Kind um monatlich 10,00 €.

	Vater	Mutter
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		
Anschrift der Eltern		
Tel.Nr. (privat)		
Arbeitgeber der Mutter	Tel.Nr.	
	<input type="checkbox"/> berufstätig (derzeit oder mit Beginn der Betreuung)	
Arbeitgeber des Vaters	Tel.Nr.	
	<input type="checkbox"/> berufstätig (derzeit oder mit Beginn der Betreuung)	

Geschwister:	im gleichen Kindergarten
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hat das Kind einen Vormund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes	

Von wem wird das Kind abgeholt? Name: Tel.Nr. Name Tel.Nr. Name Tel.Nr.

Hat das Kind chronische Krankheiten (z.B. Asthma, Allergien) oder Behinderungen, auf die Rücksicht genommen werden sollte?
--

Letzte Tetanusimpfung:	
Letzte Vorsorgeuntersuchung:	
Hausarzt:	Tel.Nr.
Krankenkasse:	
Benachrichtigung im Notfall:	
Gesetzlich vorgeschriebene Masernimpfung bzw. Immunisierung liegt vor	
<input type="checkbox"/> Nachweis über 2 Impfungen (i.d.R. ab 2 Jahre)	Datum:
<input type="checkbox"/> Kein Nachweis, da Kind jünger als 12 Monate	
<input type="checkbox"/> Nachweis über 1 Impfung bei Kindern jünger als 24 Monate	
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung über Immunität	Datum:
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung über Kontraindikation	Datum:
<input type="checkbox"/> Bescheinigung einer Behörde oder anderen Einrichtung über Vorlage Impfung/Kontraindikation	Datum
Bestätigt durch Kindergarten _____	

Bitte legen Sie bei der Einschreibung den Impfpass und das U-Heft vor.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten erfolgt nach den Vorgaben der EU-weiten Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Mit Unterschrift der Erziehungsberechtigten wird der Verarbeitung und Speicherung der angegebenen Daten zugestimmt. Ebenso bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten und zur Kenntnis genommen haben.

Wackersberg, den _____

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

für die

Gemeinde Wackersberg
Bachstraße 8
83646 Wackersberg



Gläubigeridentifikationsnummer: DE46ZZZ00000045604

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die Gemeinde Wackersberg widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Wackersberg auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Finanzadresse (FAD):

Folgende Abgaben sollen eingezogen werden:

Kindertagesstättengebühr

Mittagessen

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen