



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.		

Mit den Aufnahmebedingungen und der Kindergartensatzung bin ich einverstanden.

Buchungszeiten:

- 7.00 - 13.00 Uhr (6 Std.)
- 7.00 - 14.00 Uhr (7 Std.)
- 7.00 - 15.00 Uhr (8 Std.)
- 8.00 - 13.00 Uhr (5 Std.)
- 8.00 - 14.00 Uhr (6 Std.)
- 8.00 - 15.00 Uhr (7 Std.)

Elternbeiträge nach Buchungszeiten:

	3 Tage	4 Tage	5 Tage	
bis 5 Stunden	190,00 €	210,00 €	230,00 €	
mehr als 5 bis einschließl. 6 Stunden	210,00 €	231,00 €	253,00 €	
mehr als 6 bis einschließl. 7 Stunden	230,00 €	252,00 €	276,00 €	
mehr als 7 bis einschließl. 8 Stunden	250,00 €	273,00 €	299,00 €	
mehr als 8 bis einschließl. 9 Stunden	270,00 €	294,00 €	322,00 €	

Mein Kind wird für folgende Wochentage angemeldet:

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
--------	--	----------	--	----------	--	------------	--	---------	--

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		
ausgeübter Beruf/Tätigkeit		
Anschrift der Eltern		
Tel.Nr. (privat)		

Arbeitgeber der Mutter	Tel.Nr.
Arbeitgeber des Vaters	Tel.Nr.

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

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

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.

Folgende Abgaben sollen eingezogen werden:

Kindertagesstättegebühr

Mittagessen

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Anschrift: _____

Finanzadresse (FAD): _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen