Gemeinde Wackersberg - Kindergarten Isarbiber
Kalkofenstr. 34, 83646 Wackersberg,
Tel. 08042/917444, Fax 08042/917445

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.
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	230,00 €		250,00 €		270,00 €	
mehr als 5 bis einschließl. 6 Stunden	260,00 €		280,00 €		300,00 €	
mehr als 6 bis einschließl. 7 Stunden	290,00 €		310,00 €		330,00 €	
mehr als 7 bis einschließl. 8 Stunden	320,00 €		340,00 €		360,00 €	
mehr als 8 bis einschließl. 9 Stunden	350,00 €		370,00 €		390,00 €	

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		
Anschrift der Eltern		
Tel.Nr. (privat)		
Arbeitgeber der Mutter	Tel.Nr. ☐berufstätig (derzeit oder mit Beginn der Betreuung)	
Arbeitgeber des Vaters	Tel.Nr. ☐berufstätig (derzeit oder mit Beginn der Betreuung)	

Geschwister:	im gleichen Kindergarten ☐ Ja ☐ Nein

Hat das Kind einen Vormund?	☐ Ja ☐ 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 ☐Nachweis über 2 Impfungen (i.d.R.ab 2 Jahre) Datum: ☐Kein Nachweis, da Kind jünger als 12 Monate ☐Nachweis über 1 Impfung bei Kindern jünger als 24 Monate ☐Ärztliche Bescheinigung über Immunität Datum: ☐Ärztliche Bescheinigung über Kontraindikation Datum: ☐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