



Anmeldung

Hiermit melde ich mein Kind ab dem.....
im Kindergarten Isarbiber an.

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

Mit den Aufnahmebedingungen und der Kindertagesstättenordnung bin ich einverstanden.

Buchungszeiten für 5 Tage/Woche:

- 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.)

Die Gebührengruppierung in die Tabelle ergibt sich aus den **durchschnittlich täglichen** errechneten Stunden, die das Kind angemeldet ist.

5 Std. = € 140,00

Von mehr als 5 Std. bis einschließlich 6 Std. = € 155,00

Von mehr als 6 Std. bis einschließlich 7 Std. = € 171,00

Von mehr als 7 Std. bis einschließlich 8 Std. = € 190,00

Für Kinder die bis 31.12. das dritte Lebensjahr vollenden und in den Kindergarten gehen bis einschließlich des Geburtsmonats:

5 Std. = € 260,00

Von mehr als 5 Std. bis einschließlich 6 Std. = € 290,00

Von mehr als 6 Std. bis einschließlich 7 Std. = € 320,00

Von mehr als 7 Std. bis einschließlich 8 Std. = € 360,00

In den Gebühren ist ein monatliches Spielgeld i.H.v. 10,00 € enthalten.

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

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

	Vater	Mutter
Familienname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		
Anschrift der Eltern		
Tel.Nr. (privat)		
Tel.Nr. Arbeit		

Geschwister im gleichen Kindergarten Wenn Ja Name:

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"/> 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 Gebühren sollen eingezogen werden:

Kindertagesstättegebühr

Mittagessen

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Anschrift: _____

Kontonummer: _____

BLZ: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen