

verbindliche Anmeldung

für die Betreuung meines Kindes in einer Kindertagesstätte
der Gemeinde Grebenhain:



Grebenhain



Crainfeld

Aufnahmedatum in die Kindertagesstätte _____

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind in o.g. Kindertagesstätte verbindlich an:

Name:	Geburtsdatum:
Vorname - Rufname:	Geburtsort:
Straße, Haus – Nr. :	Staatsangehörigkeit:
PLZ, Wohnort:	Konfession:
Telefonnummer:	Geschlecht:

Das Kind hat bereits eine Einrichtung besucht: Ja Nein

Wenn ja welche? : _____

Es handelt sich bei der Kindergartenbetreuung um eine:			
<input type="checkbox"/>	Betreuung ab dem vollendeten 1. Lebensjahr		
Folgende Zeiten möchten wir nutzen:			
Kita – Grebenhain		Kita - Crainfeld	
<input type="checkbox"/>	Grundtarif (8:00 – 12:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>	Grundtarif (8:00 – 12:30 Uhr)
<input type="checkbox"/>	Frühtarif (7:30 – 8:00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	Frühtarif (7:30 – 8:00 Uhr)
<input type="checkbox"/>	Mittagstarif (12:30 – 14:00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	Mittagstarif (12:30 – 14:00 Uhr)
<input type="checkbox"/>	Früher Mittagstarif (14:00 – 14:30 Uhr)		
<input type="checkbox"/>	Nachmittag (14:30 – 15:30 Uhr)		

<input type="checkbox"/>	Betreuung ab dem vollendeten 3. Lebensjahr	
Folgende Zeiten möchten wir nutzen:		
Kita – Grebenhain		Kita - Crainfeld
<input type="checkbox"/>	Grundtarif (7:30 – 12:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Frühtarif (6:45 – 7:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mittagstarif (12:30 – 13:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Früher Mittagstarif (13:30 – 14:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nachmittag (14:30 – 15:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Spättarif (15:30 – 16:30 Uhr)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unser Kind soll über die angebotene Mittagsverpflegung in der Kita verpflegt werden.	

!Jede Tarifanmeldung ist verbindlich und kann höchstens einmal im Halbjahr (nach 3 Monaten) gewechselt werden!

Es besteht Abholpflicht. Außer den Sorgeberechtigten darf das Kind von folgenden Personen abgeholt werden:

1. Abholberechtigte/r	
Name:	PLZ, Wohnort
Vorname:	Str.
telefonisch erreichbar unter:	
2. Abholberechtigte/r	
Name:	PLZ, Wohnort
Vorname:	Str.
telefonisch erreichbar unter:	

Mein Kind darf mit dem Schulbus von _____ zur Kindertagesstätte und wieder zurück fahren Datum: _____ Unterschrift: _____

Mein Kind darf von dem Schulbus von _____ aus alleine nach Hause laufen Datum: _____ Unterschrift: _____

In Ausnahmefällen (Krankheit der Eltern o.ä.) können ältere Geschwisterkinder ab 14 Jahren ihren Bruder/Schwester abholen. Datum: _____ Unterschrift: _____

Es besteht Einverständnis, dass das Kind allein nach Hause geht. Datum: _____ Unterschrift: _____

Es besteht Einverständnis, dass bei Bedarf eine externe Fachkraft (z.B. Sprachheilpädagoge, Psychologe) zur Unterstützung des pädagogischen Personals hinzugezogen werden kann.

Es besteht Einverständnis, dass bei Bedarf in der Zusammenarbeit mit der Grundschule der Oberwald Schule ein Austausch über den Entwicklungszustand stattfinden darf.

Es besteht Einverständnis, dass das Kind für Pressearbeit und für die Gruppendokumentation fotografiert werden darf.

Sonstige Vereinbarungen:

Personensorge - berechtigte/r	Sorgeberechtigter 1	Sorgeberechtigter 2
Familienname <small>(ggf. Geburtsname),</small> Vorname		
Geburtsdatum		
Konfession		
telefonisch erreichbar	privat: beruflich:	privat: beruflich:
berufstätig ? Wenn ja täglich von – bis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja von –bis (Uhr)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja von –bis (Uhr)
ausgeübte Tätigkeit/Beruf		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Anschrift der Eltern (falls abweichend vom Kind)	Straße, Haus-Nr.: PLZ, Ort:	Straße, Haus-Nr.: PLZ, Ort:
Benachrichtigung im Notfall	Name:	Telefon-Nr./Handy-Nr.:
Hat das Kind einen Vormund?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte Namen und Anschrift des Vormundes	
Geschwister	Anzahl: Geburtsjahr/e: zeitgleich im Kindergarten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)		
Krankenkasse des Kindes		

**Ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung des Kindes zum Besuch der Einrichtung
(darf nicht älter als 6 Monate zum Eintrittsdatum sein)**

liegt vor wird nachgereicht

Überstandene Krankheiten des Kindes:

Masern Mumps Keuchhusten Kinderlähmung _____ **Sonstige:**
 Scharlach Röteln Diphtherie Windpocken _____

Impfungen

Wundstarrkrampf (Tetanus) am: _____

Kopie der Impfbescheinigung liegt vor wird nachgereicht

Hinweise zu Allergien, Unverträglichkeiten, Anfallsleiden usw.:

Anlage zum Sepa Lastschriftmandat:

liegt vor wird nachgereicht wird nicht erteilt

(Ort, Datum)

Unterschrift der Eltern bzw. des/der Sorgeberechtigten)

Kenntnisnahme der Kindergartenleitung / Interne Vermerke:

Eingangsstempel:

Verteiler Gemeinde Grebenhain:

- Gemeindekasse
- Servicecenter

Fehlende Unterlagen/Nachweise wurden am _____ nachgereicht.

(Unterschrift Leitung)

An die
Gemeindekasse Grebenhain
Hauptstr. 51

36355 Grebenhain

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 1211100000033024

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Gemeinde Grebenhain widerruflich, die von mir zu entrichtenden wiederkehrenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Nach Benachrichtigung durch die Gemeinde Grebenhain über die Umstellung auf die SEPA-Lastschrift gilt das folgende SEPA-Lastschriftmandat, die Einzugsermächtigung erlischt dann.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Gemeinde Grebenhain, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Grebenhain auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belastenden Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Gemeinde Grebenhain über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen: _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Bankverbindung:
BLZ: _____, Kontonummer _____ Bankname: _____

BIC _____ IBAN: DE ___ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Die Einzugsermächtigung /Das SEPA-Lastschriftmandat soll ab dem für folgende Abgabenarten gelten:

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="radio"/> Grundsteuer | Kassenzeichen: _____ |
| <input type="radio"/> Wasser- und Kanalgebühren | Kassenzeichen: _____ |
| <input type="radio"/> Gewerbesteuer | Kassenzeichen: _____ |
| <input type="radio"/> Mieten und Pachten | Kassenzeichen: _____ |
| <input type="radio"/> Hundesteuer | Kassenzeichen: _____ |
| <input type="radio"/> Kindertagesstättenbeiträge | Kassenzeichen: _____ |
| <input type="radio"/> Mittagessen in der Kindertagesstätte | |
| <input type="radio"/> Sonstige Forderungen | Kassenzeichen: _____ |

Datum

Unterschrift