Anmeldebogen

Daten des Kindes		
Name:	Telefon:	
Vorname:	Geburtstag:	Geschlecht:
Straße:	Geburtsort/-land:	
PLZ; Ort:	Aufnahme gewünscht zum:	
Konfession:	Abholberechtigte Personen: (Name/ Vorname)	
Staatsangehörigkeit:		
Kind spricht deutsch: **O** ja **O** nein, sondern:	Geschwister: (Name; Geburtsdatum)	
Sorgerecht: (bitte unbedingt ausfüllen!)		

Daten der Mutter	
Name, Vorname:	Handy:
Adresse, falls abweichend:	E-Mail:
Telefon:	Geburtsort/ Land:
Beruf: (freiwillige Angabe)	Familienstand: (freiwillige Angabe)
Geburtstag: (freiwillige Angabe)	Konfession:

Daten des Vaters	
Name, Vorname:	Handy:
Adresse, falls abweichend:	E-Mail:
Telefon:	Geburtsort/ Land:
Beruf: (freiwillige Angabe)	Familienstand: (freiwillige Angabe)
Geburtstag: (freiwillige Angabe)	Konfession:
Beide Eltern sind deutschsprachiger Herkunft: **O** ja **O** nein (falls beide Eltern nicht deutschsprachiger Herkunft sind, bitte Nachweis vorlegen)	

Ich/ wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.
Ich/ Wir willige/n ein, dass die Kindertageseinrichtung zu Planungszwecken der Kommune des Wohnsitzes des Kindes folgende Daten übermittelt: Name, Anschrift und Geburtsdatum des Kindes, Zu- und Absage des Betreuungsplatzes.

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrages zwischen den Eltern/ Personenberechtigte(n) und dem Träger der Einrichtung.
Es wird darauf hingewiesen, dass es zum gesetzlichen Schutzauftrag des Trägers der Kindertageseinrichtung bzw. des betreuenden Fachpersonals zählt, sich bereits zu Beginn des Besuchs der Einrichtung Kenntnis über den Entwicklungsstand des Kindes zu verschaffen und darauf hinzuwirken, dass das Kind die notwendige Früherkennungsuntersuchung wahrnimmt. Dies ist Voraussetzung für eine individuelle Förderung des Kindes. Aus diesem Grund sind Träger bzw. beauftragtes Fachpersonal verpflichtet, sich bei Aufnahme die Teilnahme des Kindes an der letzten fälligen altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchung von den Eltern/ Personensorgeberechtigten nachweisen zu lassen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Buchungskategorie an:
(Die unten genannten Gebühren sind der aktuelle Stand, Änderungen vorbehalten)

Buchungskategorie	**Stunden**	**Gebühr Kindergarten** (Kinder in der Regelgruppe)		**Gebühr Kinderkrippe** (Kinder in der Krippengruppe)	
Mo.-Do. 13.00 - 16.00 Uhr, Fr. 13.00 - 14.30 Uhr	bis 3 Stunden			145,00 €	
Mo.- Fr. 8.00 - 12.00 Uhr	3 – 4 Stunden	110,- €		160,00 €	
Mo.- Fr. 8.00 - 13.00 Uhr	4 - 5 Stunden	120,- €		175,00 €	
Mo.- Fr. 7.30 - 13.00 Uhr	5 - 6 Stunden	130,- €		190,00 €	
Mo.- Fr. 7.30 - 14.30 Uhr	6 – 7 Stunden	140,- €		205,00 €	
Mo.- Fr. 7.15 - 14.30 Uhr	7 - 8 Stunden	150,- €		220,00 €	
Mo.- Do. 8.00 - 16.00 Uhr, Fr. 8.00 - 14.30 Uhr	7 – 8 Stunden	150,- €		220,00 €	
Mo.- Do. 7.15 - 16.00 Uhr, Fr. 7.15 - 14.30 Uhr	8 - 9 Stunden	160,- €		235,00 €	

Bring – und Abholzeiten

Bringzeit:	bis 9.00 Uhr
1.Abholzeit	11.45 - 12.00 Uhr
2.Abholzeit	12.45 - 13.00 Uhr
3.Abholzeit	14.00 - 14.30 Uhr
4.Abholzeit	15.30 - 16.00 Uhr

Rabatt Geschwisterkind:

Ab dem 2. Kind in unserer Einrichtung erhalten Sie einen Nachlass von 25,- € auf den jeweiligen Beitragssatz

Geschwisterkinder besuchen bereits die Einrichtung?	O Ja O Nein

Elisabethenverein Retzstadt e.V.

Ich/ Wir trete/n dem Elisabethenverein bei:	O Ja O Nein
Ich/ Wir bin/sind bereits Mitglied/er im Elisabethenverein:	O Ja

SEPA – Basis – Lastschriftmandat

Wiederkehrende Lastschrift mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz

Kindergarten Sonnenland, Elisabethenverein e. V., Schulstr. 1, 97282 Retzstadt	Gläubigeridentifikationsnummer DE44ZZZ00000402600 Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT!

SEPA-Lastschriftmandat (Wiederkehrende Lastschrift)

Ich/Wir ermächtige(n) den Elisabethenverein Retzstadt e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Elisabethenverein Retzstadt e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname, Name (Kontoinhaber*in):	Vorname, Name (Kind):
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl, Ort:
Kreditinstitut:	IBAN: DE_ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

(Bitte deutlich lesbar ausfüllen)

_____, _____ _____

Datum Ort Unterschrift Kontoinhaber/In