

PK-Nr. _____



Kinderhaus der Gemeinde Adelshofen

Aufnahmeantrag für

Kindergarten (Fuggerstr. 2 a)

Kinderkrippe (Fuggerstr. 5)

ab: _____

Familienname des anzumeldenden Kindes				Geburtstag:
Vorname Alle Vornamen, Rufname unterstreichen				Bekenntnis:
Geburtsort Ort, Landkreis, Land, Staat				Staatsangehörigkeit:
Wohnanschrift des Kindes:	Straße _____ PLZ, Ort _____			
Kindergartengruppen: Öffnungszeiten Mo.-Do. 7:15-16:00, Fr. 7:15-15:00 Bitte beachten: Mindestbuchungszeit 4 Stunden pro Tag / Kernzeit: 08:00 bis 12:00 Uhr				
Bringzeit morgens:	<input type="radio"/> 7:15 Uhr	<input type="radio"/> 07:30 Uhr	<input type="radio"/> 08:00 Uhr	
Abholzeit nachmittags:	<input type="radio"/> 12:00 Uhr	<input type="radio"/> 12:45 Uhr	<input type="radio"/> 13:30 Uhr	<input type="radio"/> 14:00 Uhr
	<input type="radio"/> 14:30 Uhr	<input type="radio"/> 15:00 Uhr	<input type="radio"/> 15:30 Uhr	<input type="radio"/> 16:00 Uhr
	Montag	von _____	bis _____	
	Dienstag	von _____	bis _____	
	Mittwoch	von _____	bis _____	
	Donnerstag	von _____	bis _____	
	Freitag	von _____	bis _____	
	Wöchentliche Buchungsstunden: _____			
	Gebühren: <input type="radio"/> bis zu 4 Stunden 70.- Euro <input type="radio"/> bis zu 5 Stunden 80.- Euro <input type="radio"/> bis zu 5 Stunden 90.- Euro <input type="radio"/> bis zu 7 Stunden 100.- Euro <input type="radio"/> bis zu 8 Stunden 110.- Euro <input type="radio"/> bis zu 9 Stunden 120.- Euro Zusätzlich zur Kinderhausgebühr werden monatlich 2.- Euro Getränkegeld berechnet.			
Mittagessen wird gebucht:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Tage: _____			
Kinderkrippen-/Kleinkindgruppe: Öffnungszeiten Mo-Do. 7:15-16:00, Fr. 7:15-15:00 Bitte beachten: Kernzeit von 8:00 bis 12:00 Uhr (mindestens 4 Std. pro Tag erforderlich)				
Bringzeit morgens:	<input type="radio"/> 7:15 Uhr	<input type="radio"/> 07:30 Uhr	<input type="radio"/> 08:00 Uhr	
Abholzeit nachmittags:	<input type="radio"/> 12:00 Uhr	<input type="radio"/> 14:00 Uhr	<input type="radio"/> 14:30 Uhr	
	<input type="radio"/> 15:00 Uhr	<input type="radio"/> 15:30 Uhr	<input type="radio"/> 16:00 Uhr	
	Montag	von _____	bis _____	
	Dienstag	von _____	bis _____	
	Mittwoch	von _____	bis _____	
	Donnerstag	von _____	bis _____	
	Freitag	von _____	bis _____	
	Wöchentliche Buchungsstunden: _____			
	Gebühren: <input type="radio"/> bis zu 2 Stunden 77.- Euro <input type="radio"/> bis zu 3 Stunden 113.- Euro <input type="radio"/> bis zu 4 Stunden 149.- Euro <input type="radio"/> bis zu 5 Stunden 185.- Euro <input type="radio"/> bis zu 6 Stunden 221.- Euro <input type="radio"/> bis zu 7 Stunden 257.- Euro <input type="radio"/> bis zu 8 Stunden 293.- Euro <input type="radio"/> bis zu 9 Stunden 329.- Euro <input type="radio"/> bis zu 10 Stunden 365.- Euro Zusätzlich zur Kinderhausgebühr werden monatlich 2.- Euro Getränkegeld berechnet.			
Gebuchte Tage:	<input type="radio"/> 2 Tage: <input type="radio"/> 3 Tage: <input type="radio"/> 5 Tage <input type="radio"/> Mo/Di <input type="radio"/> Do/Fr <input type="radio"/> Mo-Mi <input type="radio"/> Mi-Fr <input type="radio"/> Mo-Fr			

PK-Nr. _____

Erziehungsberechtigte(r): <input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Straße _____ PLZ, Ort _____ Beruf, Arbeitgeber / Telefon Arbeit _____ Telefon privat _____ E-Mail-Adresse _____ Rechtsstellung zum Kind: <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Person mit Vollmacht
	Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Straße _____ PLZ, Ort _____ Beruf, Arbeitgeber / Telefon Arbeit _____ Telefon privat _____ E-Mail-Adresse _____ Rechtsstellung zum Kind: <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Person mit Vollmacht
Telefonnummer für Notfälle:	
Personen, die das Kind abholen:	
Krankenkasse des Kindes:	
Letzte Impfungen: Tetanus/Masern	am: _____
Allergien:	<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Dringlichkeits-Gründe:	<input type="checkbox"/> Alleinerziehend mit Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Alleinerziehend ohne Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit beider Elternteile <input type="checkbox"/> Alter des Kindes <input type="checkbox"/> _____
<i>In welchen anderen Einrichtungen haben Sie Ihr Kind noch angemeldet?</i>	
wichtiger Hinweis:	Änderungen bezüglich der persönlichen Daten (wie z.B. Namens- und Adressänderung, Rückstellung Schule) sind gem. Art. 26a BayKiBiG unverzüglich dem Träger (VG Mammendorf für Gemeinde Adelshofen) mitzuteilen. Wir weisen darauf hin, dass nach §6 IfSG bei meldepflichtigen Krankheiten (wie z.B. Keuchhusten, Magen-Darm-Erkrankungen, Masern, Mumps, Röteln, Ringelröteln, Windpocken, Parasitenbefall, etc.) das Gesundheitsamt informiert werden muss.

_____, den _____

 Unterschrift der Erziehungsberechtigten
 (muss unbedingt von beiden unterschrieben werden!)

- **Bitte beachten: Das Kind kann nur aufgenommen werden, wenn die beiliegende Erklärung zum SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt wurde!**

PK-Nr. _____

Verwaltungsgemeinschaft
Mammendorf
Augsburger Straße 12
82291 Mammendorf

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, wiederkehrend Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:	Gemeinde Adelshofen
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE80ZZZ00000172741
Mandatsreferenz:	wird separat mitgeteilt

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.
Vor dem ersten Tag einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Kontoinhaber: _____

Anschrift des
Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort

Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber

Das Mandat ist gültig für:

Forderungen eines Objekts _____ (Name des Kindes)

PK-Nr. _____

Stellungnahme der Kinderhausleitung

zugestimmt wie beantragt, Gruppe: _____

Änderung wie folgt: _____

Bei dem Kind _____ handelt es sich
Vorname, Name

Um ein Regelkind (ab 3 Jahre)

um ein Integrationskind

Eingliederungshilfebescheid liegt vor:

um ein Migrationskind

Kopie der Pässe liegt vor:

um ein Kind mit Faktor 2
(unter 3 Jahre)

um ein Gastkind
(ein Kind mit Wohnsitz in
einer anderen Gemeinde)

Gastkind-Anzeige erforderlich

Die letzte fällige altersentsprechende Früherkennungsuntersuchung (sog. U-Untersuchung) wurde durch die Vorlage des Kinder-Untersuchungsheftes oder durch eine Bestätigung des Kinderarztes

nachgewiesen

nicht nachgewiesen.

Bestätigung über zeitnahe Impfberatung liegt vor

Es liegt keine aktuelle Bestätigung über eine Impfberatung vor

Eltern angeschrieben am: _____

Meldung ans Gesundheitsamt erfolgt am: _____

Die Erziehungsberechtigten wurden auf die Verpflichtung hingewiesen, dass der Nachweis vorzulegen bzw. die entsprechende Früherkennungsuntersuchung durchzuführen ist.

_____, den _____

Unterschrift Kinderhausleitung

Kenntnis genommen:

Unterschrift Finanzverwaltung

Bearbeitungsvermerk VG:

Eingabe in nupian + Aufnahmebescheid

Gebührenbescheid

Eintrag in Anwesenheitsliste