

Anmeldung (Anlage 2)

Anmeldung ab: _____ für die Kindertagesstätte _____

Ummeldung ab: _____

Abmeldung ab: _____

1. Kind

Name		Vorname	
Geburtsdatum/Ort		Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Befindet sich ein weiteres Kind unter 18 J. in Ihrem Haushalt?		[] ja [] nein	Anzahl:
2. Kind Name: Geb. Datum:		3. Kind Name: Geb. Datum:	
4. Kind Name: Geb. Datum:		5. Kind Name: Geb. Datum:	
Betreuungsform	[] Verlängerte Öffnungszeiten [] Ganztagsbetreuung [] Regelkindergarten	[] Halbtagesgruppe	[] Verlässliche Grundschule u. Flexible Nachmittagsbetreuung [] dauerhafte Mehrbetreuung (s. Punkt 4)

2. Eltern

Mutter	Name	Sorgeberechtigt	[] ja [] nein
	Wohnung	Notfalltelefon privat	Am Arbeitsplatz
Vater	Name	Sorgeberechtigt	[] ja [] nein
	Wohnung	Notfalltelefon privat	Am Arbeitsplatz

3. Mittagessen (bitte die gewünschten Tage ankreuzen)

Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>	Donnerstag <input type="checkbox"/>	Freitag <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------

Das Mittagessen ist halbjährlich fest verbindlich gebucht (§ 4 Nr. 4). Bei Abwesenheit muss dies bis spätestens am Montag, um 9:00 Uhr für die laufende Woche gemeldet werden.

4. Dauerhafte Mehrbetreuung (zusätzlich zu den regulär angemeldeten Betreuungszeiten)

Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>	Donnerstag <input type="checkbox"/>	Freitag <input type="checkbox"/>
Stunden:.....	Stunden:.....	Stunden:.....	Stunden:.....	Stunden:.....

Dauerhafte Mehrbetreuung ist halbjährlich (§ 4 Nr. 4) fest verbindlich zu buchen.

5. Besondere Vermerke (z.B. Pflegeeltern)

Anmeldung (Anlage 2 Rückseite)

Einzugsgsermächtigung/Lastschriftmandat

Die Gemeindekasse wird hiermit ermächtigt, die Kindergartengebühren von meinem Bankkonto abzubuchen. Dies gilt auch für ein mögliches Mittagessen und Mehrbetreuungsstunden (**siehe Seite 3**).

Die Satzung wird zur Kenntnis genommen und anerkannt.

- Wir versichern, daß in der Wohngemeinschaft des Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Herpes, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht, übertragbare Erkrankungen von Augen, Haut oder Darm) nicht vorgekommen ist und daß auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt.
- Ich verpflichte mich, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt, wird die Leitung der Einrichtung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

Datum	Unterschrift des Sorgeberechtigten	Unterschrift des Sorgeberechtigten
-------	------------------------------------	------------------------------------

Gemeindetag Baden-Württemberg 01/98

Wird vom Bürgermeisteramt ausgefüllt.

1. Hauptamt

<input type="checkbox"/> EDV erfasst	
--------------------------------------	--

2. Rechnungsamt

BZ:	<input type="checkbox"/> EDV	<input type="checkbox"/> Liste
-----	------------------------------	--------------------------------

Absender/in

Bürgermeisteramt Ehrenkirchen
Gemeindekasse
Jengerstr. 6
79238 Ehrenkirchen

Einzugsermächtigung/ Lastschriftmandat

Gläubiger/in	Bürgermeisteramt Ehrenkirchen Jengerstr. 6 79238 Ehrenkirchen
Gläubiger- Identifikations-Nr.	DE66ZZZ00000166785

1. Kontoinhaber/in

Familiennamen		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ 79238	Ort Ehrenkirchen	
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

2. Umfang der Ermächtigung/des Mandats

- Alle bis zum Widerruf dieser Einzugsermächtigung anfallenden Steuern und Abgaben.
 Nur folgende Steuern und Abgaben:

Bezeichnung der Steuern/Abgaben

3. Bankverbindung

IBAN DE	BIC	Bankleitzahl	Kontonummer	Name des Kreditinstituts
------------	-----	--------------	-------------	--------------------------

4. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die oben genannte Behörde widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.
Nach schriftlicher Benachrichtigung durch die oben genannte Behörde über die Umstellung auf die SEPA-Lastschrift gilt das SEPA-Lastschriftmandat. Die Einzugsermächtigung erlischt dann.

5. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis für Unternehmen: Die Firma ist nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrags zu verlangen. Die Firma ist berechtigt, ihr Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

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

6. Ergänzungen/Bemerkungen

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum Ehrenkirchen,	Unterschrift
-----------------------------	--------------

Verfügbare, Nachzahlung und Veröffentlichung
und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
Artikel-Nr. 010000

