

# Anmeldung für die Betreuung in einer Kindertageseinrichtung der Gemeinde Amtsberg

1. Angaben zum Kind		
Name		Vorname
geb. am	Wohnanschrift	
2. gewünschte Betreuungszeit		
gewünschtes Aufnahmedatum: -----		
gewünschte Kindertageseinrichtung: (bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte "Regenbogen" OT Dittersdorf	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte "Knirpsenland" OT Weißbach	
gewünschte Betreuungszeit im Rahmen der Öffnungszeiten : (bitte ankreuzen)		
- Kinderkrippe	<input type="checkbox"/> 4,5 Std.	<input type="checkbox"/> 6 Std. <input type="checkbox"/> 9 Std.
- Kindergarten	<input type="checkbox"/> 4,5 Std.	<input type="checkbox"/> 6 Std. <input type="checkbox"/> 9 Std.
- Kinderhort	<input type="checkbox"/> 3 Std.	<input type="checkbox"/> 4 Std. <input type="checkbox"/> 5 Std. <input type="checkbox"/> 7,5 Std.
3. Angaben zu den Personensorgeberechtigten		
Name der <b>Mutter</b>		Geb.-datum
		Sorgeberechtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift Hauptwohnsitz		Telefon privat
Arbeitsstätte	derzeitig ausgeübter Beruf	Telefon dienstlich
Name des <b>Vaters</b>		Geb.-datum
		Sorgeberechtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift Hauptwohnsitz		Telefon privat
Arbeitsstätte	derzeitig ausgeübter Beruf	Telefon dienstlich
in <b>Notfällen</b> telefonisch zu erreichen: Name		Telefonnummer
Abholberechtigte		
mein Kind darf allein nach Hause gehen <input type="checkbox"/> ja, ab    Uhr <input type="checkbox"/> nein		

#### 4. Ermäßigungsvoraussetzungen (bitte ankreuzen)

##### Familienverhältnisse

ledig

verheiratet

Lebensgemeinschaft

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

##### Geschwisterkinder, die gleichzeitig eine Kindertagesstätte in der Gemeinde Amtsberg besuchen

Vorname:

geb.:

Einrichtung:

Vorname:

geb.:

Einrichtung:

Vorname:

geb.:

Einrichtung:

##### 5. vorheriger Besuch einer Kindertagesstätte

Einrichtung:

Besuch von – bis:

Stundenzahl:

##### 6. Angaben zur gesundheitlichen Entwicklung des Kindes

überstandene Krankheiten (z.B. Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Keuchhusten)

Impfungen (Impfstatus vollständig?)

Sonstiges (z.B. Allergien, chronische Krankheiten, Behinderungen, Auffälligkeiten)

Hausarzt des Kindes:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse

das Kind ist krankenversichert über

Mutter / Vater (nichtzutreffendes streichen)

##### Hinweise zur Anmeldung

Der Betreuungsbedarf ist in der Regel 6 Monate im Voraus anzumelden.

Die Anmeldung ist noch keine **Zusicherung**, dass der Platz auch zum gewünschten Zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden kann. Vielmehr sind die Belegungszahlen und frei werdende Plätze für die Aufnahme entscheidend.

**Die vorstehenden Hinweise wurden zur Kenntnis genommen. Die Angaben in der Anmeldung entsprechen dem Sachstand zum Zeitpunkt der Anmeldung.**

Ort, Datum:

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Gemeindeverwaltung Amtsberg  
Poststraße 30  
09439 Amtsberg



Gläubiger-Identifikations-Nr. **DE17ZZZ00000283097**

## **Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat**

- Elternbeiträge,  
Getränkeversorgung\*      Kassenzeichen (s. aktueller Bescheid) 0114+0214/ \_\_\_\_\_

### **1. Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich / wir die Gemeindeverwaltung Amtsberg widerruflich, die von mir zu entrichtenden Steuern, Beiträge, Abgaben, Gebühren zzgl. Mahngebühren und Säumniszuschlägen künftig bei Fälligkeit zur Lasten meines unten angegebenen Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

### **2. SEPA Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich die Gemeindeverwaltung Amtsberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeindeverwaltung Amtsberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtiger \_\_\_\_\_      Zustellbevollmächtigter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass bei Rückbuchung mangels Deckung oder aus anderen Gründen das SEPA-Lastschriftmandat automatisch gelöscht wird und es für den weiteren Einzug vom Konto eines erneuten SEPA-Lastschriftmandates bedarf.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum      Unterschrift