

# Buchungsbeleg für Kindergarten ID: \_\_\_\_\_



Gültig ab: \_\_\_\_\_

## 1. Personalien des anzumeldenden Kindes

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Ortsteil: \_\_\_\_\_

## 2. Name der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ berufstätig:  ja  nein

Telefon - Nr.: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ berufstätig:  ja  nein

Telefon - Nr.: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt ist \_\_\_\_\_

3. Mein Kind benötigt im Kindergartenjahr 20 / 20 folgende Buchungszeit:

Ihre gewünschte Buchung:	Bitte ankreuzen Montag – Freitag (gleichmäßig)	Bitte ankreuzen					Buchungszeit täglich	Buchungszeit pro Woche	Betrag EUR
		Mo	Di	Mi	Do	Fr			
von ..... Uhr bis ..... Uhr							Std.	Std.	
von           Uhr bis           Uhr							Std.		+ Teegeld 2,00 €
									+ Spielgeld 4,00 €

Ihre Buchung entspricht der Zeitkategorie \_\_\_\_\_ Std.

Kiga.zuschuss:

Hinweis:

Geschwistererm.: \_\_\_\_\_

Die Kernzeit in unserer Einrichtung ist: vormittags von 7:45 bis 12:00 Uhr  
nachmittags von 12:45 bis 16:45 Uhr

Gesamt: \_\_\_\_\_

Mindestbuchungszeit:

4 - 5 Stunden täglich

Bitte ankreuzen

4. Mein Kind benötigt die Buslinie Hohentreswitz  
Weihern/Stein

ja            nein  
 ja            nein

5. Liegt bei ihrem Kind eine Behinderung vor

ja            nein

wenn ja: Bitte amtliche Bestätigung (Kopie der Sozialhilfeverwaltung) beifügen!

6. Der Nachweis über die Vorsorgeuntersuchung wurde vorgelegt

ja            nein

**7. Sind Elternteile nicht deutschsprachiger Herkunft?**

ja

nein

Wenn ja:

Herkunftsland der Mutter:

\_\_\_\_\_

Herkunftsland des Vaters:

\_\_\_\_\_

Bei nicht deutschsprachiger Herkunft eine Kopie der Abstammungsurkunde beifügen!  
Bei Aussiedlern gilt als Nachweis eine Kopie des Vertriebenenausweises.

**8. Ist das Kind bei Eintritt in den Kindergarten bereits 3 Jahre?**

ja

nein

**9. Ist Ihr Kind ein Vorschulkind?**

ja

nein

**10. Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Stadt Pfreimd, die monatlich fällige Kindergartenbenutzungsgebühr für

Name des Kindes	in Höhe von (EUR):
-----------------	--------------------

**Von meinem / unserem Konto**

Name des Kontoinhabers:	IBAN:
Name des Geldinstituts:	BIC:

einziehen.

**Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift: