

Von der Kita / Schule ausfüllen lassen

| | |
|---|--------------------|
| Name der Einrichtung, Telefon (Stempel) | Familie, Anschrift |
| Kind: | |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Betreuung für Kinder unter 3 Jahren:</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Betreuungszeit bei 5 -Tage - Woche: <input type="checkbox"/> bis 5 Std. <input type="checkbox"/> bis 6 Std. <input type="checkbox"/> bis 7 Std. <input type="checkbox"/> bis 8 Std. <input type="checkbox"/> bis 9 Std. <input type="checkbox"/> bis 10 Std. | <ul style="list-style-type: none"> ● abweichende Betreuungszeiten: wöchentliche Betreuungszeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Betreuung für Kinder ab 3 Jahren bis Schuleintritt:</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Betreuungszeit bei 5 -Tage - Woche: <input type="checkbox"/> bis 5 Std. <input type="checkbox"/> bis 6 Std. <input type="checkbox"/> bis 7 Std. <input type="checkbox"/> bis 8 Std. <input type="checkbox"/> bis 9 Std. <input type="checkbox"/> bis 10 Std. | <ul style="list-style-type: none"> ● abweichende Betreuungszeiten: wöchentliche Betreuungszeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> <u>Betreuung von Schulkindern:</u> | |
| <input type="checkbox"/> Schülerhort bei 5 – Tage-Woche: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bis 2 Std. <input type="checkbox"/> unter 6 Std. (Hort am Nachmittag) <input type="checkbox"/> ab 6 Std. (erweiterter Hort) | <ul style="list-style-type: none"> ● abweichende Betreuungszeiten: wöchentliche Betreuungszeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Hort | |
| <input type="checkbox"/> flexible Nachmittagsbetreuung: | für..... Stunden an-Schule |
| <input type="checkbox"/> Kernzeitbetreuung: | an-Schule |

Bitte Rückseite beachten!

Das Kind : _____ wird

bis zum _____ zum **monatlichen** Beitrag von _____ € betreut.
Tag / Monat / Jahr

Das Kind nimmt an _____ Tagen/Woche zum **monatl.** Beitrag von _____ € am Mittagessen teil.

Bei (analoger) Anwendung der städtischen Beiträge ist die städtische Geschwisterermäßigung **zwingend** anzuwenden:

Das Kind : _____ wird von uns als **Zweitkind**

bis zum _____ zum **monatlichen** Beitrag von _____ € betreut.
Tag / Monat / Jahr

Das Kind nimmt an _____ Tagen/Woche zum **monatl.** Beitrag von _____ € am Mittagessen teil.

Das Kind : _____ wird von uns als **Drittkind**

bis zum _____ zum **monatlichen** Beitrag von _____ € betreut.
Tag / Monat / Jahr

Das Kind nimmt an _____ Tagen/Woche zum **monatl.** Beitrag von _____ € am Mittagessen teil.

Bitte beachten: Diese Bestätigung ersetzt die bisherige Rechnungsstellung des Trägers der Einrichtung!

Bitte folgende Angaben unbedingt beantworten:

- Unsere Bankverbindung liegt Ihnen bereits vor.
Für das o.g. Kind wünschen wir folgenden **Verwendungszweck** _____.
- Unsere Bankverbindung liegt Ihnen noch nicht vor (Bitte separat mitteilen).

Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung

Wichtiger Hinweis:

Um den Übernahmeantrag des o.g. Kindes bearbeiten zu können, ist es zwingend erforderlich, dass dieses Formular von der Einrichtungsleitung **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** wird.