

Bitte von der Kita / Schule ausfüllen lassen

Name der Einrichtung, Telefon (Stempel)	Familie _____ Anschrift _____
Kind: _____ Name, Vorname Geburtsdatum	
☐ Betreuung für Kinder unter 3 Jahren:	
• Tägl. Betreuungszeit bei 5 Tage / Woche: ☐ bis 5 Std. ☐ bis 6 Std. ☐ bis 7 Std. ☐ bis 8 Std. ☐ bis 9 Std. ☐ bis 10 Std.	• Oder bei nicht tägl. Betreuung Stunden pro Woche an Tagen.
☐ Betreuung für Kinder ab 3 Jahren bis Schuleintritt:	
• Tägl. Betreuungszeit bei 5 Tage / Woche: ☐ bis 5 Std. ☐ bis 6 Std. ☐ bis 7 Std. ☐ bis 8 Std. ☐ bis 9 Std. ☐ bis 10 Std.	• Oder bei nicht tägl. Betreuung Stunden pro Woche an Tagen.
☐ Betreuung von Schulkindern:	
• Tägl. Schülerhort bei 5 Tage / Woche: ☐ unter 6 Std. (Hort am Nachmittag) ☐ ab 6 Std. (erweiterter Hort)	• Oder bei nicht tägl. Betreuung Stunden pro Woche an Tagen.
☐ Heilpädagogischer Hort	
☐ flexible Nachmittagsbetreuung: Stunden pro Woche an Tagen an-Schule	
☐ Kernzeitbetreuung: ☐ in Klasse 1 / 2 ☐ in Klasse 3 / 4 an-Schule	
☐ Schulkindbetreuung: Modul Nummer an-Schule (Bitte beachten sie: Keine Übernahme von Mittagessenkosten!)	
☐ Ferienbetreuung: Modul Nummer an-Schule	

Wichtige Hinweise:

- 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.
- Es gilt die Geschwisterkindregelung der Stadt Freiburg i. Br.

Erstkind : _____

wird ab _____ bis _____ betreut.
Tag / Monat / Jahr Tag / Monat / Jahr

Betreuungskosten ohne Essen monatlich _____ €.

Kosten für das **gemeinsame warme Mittagessen** (ohne Frühstück und Vesper)
monatlich _____ € an ____ Tagen / Woche.

Beitragsfreier Monat beim Mittagessen? ☐ Ja ☐ Nein
Monat

☐ Die Abrechnung des Mittagessens erfolgt über **Bildungs- und Teilhabepaket**.

Zweitkind : _____

wird ab _____ bis _____ betreut.
Tag / Monat / Jahr Tag / Monat / Jahr

Betreuungskosten ohne Essen monatlich _____ €.

Kosten für das **gemeinsame warme Mittagessen** (ohne Frühstück und Vesper)
monatlich _____ € an ____ Tagen / Woche.

Beitragsfreier Monat beim Mittagessen? ☐ Ja ☐ Nein
Monat

☐ Die Abrechnung des Mittagessens erfolgt über **Bildungs- und Teilhabepaket**.

Drittkind : _____

wird ab _____ bis _____ betreut.
Tag / Monat / Jahr Tag / Monat / Jahr

Betreuungskosten ohne Essen monatlich _____ €.

Kosten für das **gemeinsame warme Mittagessen** (ohne Frühstück und Vesper)
monatlich _____ € an ____ Tagen / Woche.

Beitragsfreier Monat beim Mittagessen? ☐ Ja ☐ Nein
Monat

☐ Die Abrechnung des Mittagessens erfolgt über **Bildungs- und Teilhabepaket**.

Falls Sie auf der Überweisung einen Verwendungszweck benötigen, nennen Sie diesen bitte für das o.g. Kind / die o.g. Kinder.

Verwendungszweck _____

Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung