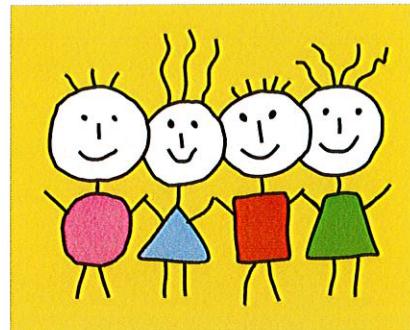


Anmeldung für die Kindertagespflegestelle „Die kleinen Strolche“

Alte Schulhaus, 1. OG
Rathausplatz 4, 77791 Berghaupten



Tel. 0171/7501903
E-Mail:
kleine-strolche-berghaupten@gmx.de

Aufnahme am: _____

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Geschlecht: _____

Wohnort und Straße: _____

Angaben zu den Personensorgeberechtigten

a) Name der Mutter/Personenberechtigten: _____

Wohnort und Straße: _____

b) Name des Vaters/Personenberechtigten _____

Wohnort und Straße: _____

Allgemeine Betreuungszeiten:

Montag, Mittwoch und Donnerstag von 09.00 bis 12.30 Uhr

Erweiterte Betreuungszeiten:

Montag, Mittwoch und Donnerstag: 08.00 – 12.30 Uhr

(jeweilige Inanspruchnahme bitte ankreuzen)

Elternbeitrag

Der Elternbeitrag beträgt 70 Euro/Monat für die allgemeine Betreuungszeit und 80 Euro/Monat für die erweiterte Betreuungszeit. Es ist jeweils für den vollen Monat zu bezahlen.

Bitte beachten: SEPA-Lastschriftmandat befindet sich auf einem extra Blatt als Anlage zu diesem Anmeldeformular.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Personensorgeberechtigte/r)

(Unterschrift Personensorgeberechtigte/r)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Gemeindekasse Berghaupten von meinem/unserem Konto

Kontoinhaber:
(Name/Adresse)

Kreditinstitut:

IBAN:

SWIFT-BIC:

die monatlichen Entgelte für die Kindertagespflegestelle Kleine Strolche jeweils bis spätestens zum 15. eines Monats von unserem Konto mittels SEPA Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen SEPA Basislastschrift einzulösen. Diese Abbuchungsermächtigung gilt bis auf Widerruf (Wiederkehrende Zahlung). Der Kontoinhaber hat zu dem Abbuchungstermin für eine ausreichende Kontodeckung zu sorgen. Für eventuell anfallende Rücklastschriftgebühren haftet der Kontoinhaber.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Gemeinde Berghaupten lautet: DE11Bgh0000001141. Die Mandatsreferenz wird mit der Rechnung mitgeteilt.

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

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

(Die Abbuchungsermächtigung gilt auch für zukünftige Jahre bis auf Widerruf.)

* Angaben sind freiwillig

Wird vom Rechnungsamt ausgefüllt:

Buchungszeichen:	
Geschäftspartner:	
Mandatsreferenz:	

Sonstige Angaben:

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Name: _____

Telefon: _____

Sonstige Angaben: _____

Krankheiten/Auffälligkeiten/Allergien: _____

Träger:

Gemeinde Berghaupten
Rathausplatz 2, 77791 Berghaupten
Tel. 07803/9677-0
Fax: 07803/9677-10
E-Mail: gemeinde@berghaupten.de

Aufnahme geprüft. Kind wird ab _____ die Kindertagespflegestelle „Kleine Strolche“ besuchen.

Die Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung nach § 4 KiTaG liegt vor.

(Unterschrift Tagespflegestelle/Träger)



ORTENAUER KINDERTAGESPFLEGE

Kinderleicht groß werden.

Bescheinigung

über die ärztliche Untersuchung nach § 4 Kindertagesbetreuungsgesetz KiTaG und den Richtlinien über die ärztliche Untersuchung

Nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes des Landes Baden-Württemberg (KiTaG) muss jedes Tageskind vor Aufnahme in eine Einrichtung oder in Kindertagespflege ärztlich untersucht werden.

Das Kind

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

wurde am _____ von mir aufgrund des § 4 KiTaG und der dazu erlassenen Richtlinien über die ärztliche Untersuchung ärztlich untersucht.

Gegen den Besuch der Tagespflegestelle/der Tagespflege in anderen geeigneten Räumen bestehen – soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung U _____ erkennen lässt –

- keine medizinischen Bedenken**
- 1. Masernschutzimpfung liegt vor - Datum: _____**
- 2. Masernschutzimpfung liegt vor - Datum: _____**
- medizinische Bedenken**
- das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für den Besuch der Tagespflegestelle werden mit den Personensorgeberechtigten und der Tagespflegeperson/den Tagespflegepersonen abgeklärt. Auf die Möglichkeit von der Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht durch die Eltern wird hingewiesen.**

Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.

Ort, Datum _____

Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes