

PK-Nr. \_\_\_\_\_

# Gemeindekinderhaus „Löwenzahn“

Aufnahmeantrag für  
 Kinderkrippe     Kindergarten



ab: \_\_\_\_\_

<b>Familienname</b> des anzumeldenden Kindes		Geburtstag:	
<b>Vorname</b> Alle Vornamen, Rufname unterstreichen		Bekenntnis:	
<b>Geburtsort</b> Ort, Landkreis, Land, Staat		Staatsangehörigkeit:	
<b>Wohnanschrift des Kindes:</b> Straße _____ PLZ, Ort _____			
<b>Kindergarten Buchungszeiten:</b> <b>Bringzeiten:</b> <input type="radio"/> 7.00 Uhr <input type="radio"/> 7.30 Uhr <input type="radio"/> 8.00 Uhr <b>Abholzeiten:</b> <input type="radio"/> 12:00 Uhr <input type="radio"/> 12:30 Uhr <input type="radio"/> 13:30 Uhr <input type="radio"/> 14:00 Uhr <input type="radio"/> 15:00 Uhr <input type="radio"/> 16:00 Uhr			
<b>Kinderkrippe Buchungszeiten:</b> Die Buchung einzelner Tage ist nur in Absprache mit der Einrichtungsleitung möglich			
<input type="radio"/> 2 Tage		<input type="radio"/> 3 Tage	<input type="radio"/> 5 Tage
<input type="radio"/> Mo / Di		<input type="radio"/> Mo – Mi	<input type="radio"/> Mo – Fr
<input type="radio"/> Do / Fr		<input type="radio"/> Mi - Fr	
<b>Bringzeiten:</b>		<b>Abholzeiten:</b>	
<input type="radio"/> 7.00 Uhr		<input type="radio"/> 12.00 Uhr <input type="radio"/> 12.30 Uhr	
<input type="radio"/> 7.30 Uhr		<input type="radio"/> 13.30 Uhr <input type="radio"/> 14.00 Uhr	
<input type="radio"/> 8.00 Uhr		<input type="radio"/> 15.00 Uhr <input type="radio"/> 16.00 Uhr	
Wöchentliche Buchungsstunden: _____			
<b>Mittagessen</b> wird gebucht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Tage _____			
<b>Erziehungsberechtigte(r):</b> <input type="radio"/> Berufstätig <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit			
Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____	
Straße _____		PLZ, Ort _____	
Beruf, Arbeitgeber / Telefon Arbeit _____			
Telefon privat _____		Handynummer _____	E-Mail-Adresse _____
Rechtstellung zum Kind: <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Person mit Vollmacht			
<b>Erziehungsberechtigte(r):</b> <input type="radio"/> Berufstätig <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit			
Name, Vorname _____		Geburtsdatum _____	
Straße _____		PLZ, Ort _____	
Beruf, Arbeitgeber / Telefon Arbeit _____			
Telefon privat _____		Handynummer _____	E-Mail-Adresse _____
Rechtstellung zum Kind: <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Sonstige Person mit Vollmacht			



PK-Nr. \_\_\_\_\_

Personen, die das Kind abholen:	
Telefonnummer für Notfälle	
Krankenkasse des Kindes:	
Datum letzte Tetanus-/Masernimpfung:	
Allergien: Lebensmittel:	
	<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte beschreiben)
<b>In welchen anderen Einrichtungen haben Sie Ihr Kind noch angemeldet?:</b>	
Dringlichkeits-Gründe:	<input type="checkbox"/> Alleinerziehend mit Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Alleinerziehend ohne Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit beider Elternteile <input type="checkbox"/> Geschwisterkind das die Kindertageseinrichtung bereits besucht <input type="checkbox"/> Alter des Kindes
Besonderer Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/> Diagnostizierte Behinderung des Kindes <input type="checkbox"/> Verhaltens- bzw. Entwicklungsauffälligkeit des Kindes <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung des Kindes <input type="checkbox"/> keine/geringe Deutschkenntnisse des Kindes
<b>Antrag auf Beitragsermäßigung</b>	<input type="checkbox"/> Ermäßigung für Geschwister-Kind  Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____  Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
<b>wichtiger Hinweis:</b>	Änderungen bezüglich der persönlichen Daten (wie z.B. Namens- und Adressänderung, Rückstellung Schule) sind gem. Art. 26a BayKiBiG unverzüglich dem Träger (VG Mammendorf für Gemeinde Hattenhofen) mitzuteilen.  Wir weisen darauf hin, dass nach §6 IfSG bei meldepflichtigen Krankheiten (wie z.B. Keuchhusten, Magen-Darm-Erkrankungen, Masern, Mumps, Röteln, Ringelröteln, Windpocken, Parasitenbefall, etc.) das Gesundheitsamt informiert werden muss.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten  
**(muss unbedingt von beiden unterschrieben werden!)**

➤ **Bitte beachten: Das Kind kann nur aufgenommen werden, wenn die beiliegende Erklärung zum SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt wurde!**



PK-Nr. \_\_\_\_\_  
Verwaltungsgemeinschaft  
Mammendorf  
Augsburger Straße 12  
82291 Mammendorf

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, wiederkehrend Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Gemeinde Hattenhofen  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000172569  
Mandatsreferenz: wird separat 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.  
Vor dem ersten Tag einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Kontoinhaber:

Anschrift des  
Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/en Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Das Mandat ist gültig für:

Forderungen eines Objekts \_\_\_\_\_

(Name des Kindes)