

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren?:

Im Bedarfsfall:
Zuständiger Hausarzt/Kinderarzt: _____
Krankenkasse des Kindes: _____
Name des Stammversicherten: _____
Versichertennummer: _____
letzte Tetanusimpfung: _____

Angaben zur Erkrankung und Behinderung des Kindes:
(z.B. Allergien, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Sprachförderung, Frühförderung, etc.)

Einverständniserklärung (Alle Punkte können einzeln verneint werden, nicht Gewünschtes bitte durchstreichen)

- Wir / Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind an allen Veranstaltungen der KiTa wie z.B. am Turnen, unserem Schwimmangebot oder an Ausflügen usw. teilnehmen darf.
- Wir / Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen abholberechtigt sind:
Person 1: _____ (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)
Person 2: _____ (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)
Person 3: _____ (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)
- Wir erklären uns / Ich erkläre mich / bereit, bei auftretenden ansteckenden Krankheiten bei meinem/unserem Kind oder anderen Familienmitgliedern die KiTa/Leitung sofort zu informieren. (Das Infektionsschutzgesetz ist zu beachten)
- Wir sind / Ich bin / damit einverstanden, dass der Name meines Kindes, meine Anschrift u. meine Telefonnummer in einer Telefonliste aufgenommen werden, die allen Sorgeberechtigten zum Zwecke der Kontaktaufnahme untereinander zur Verfügung gestellt wird.
- Wir sind / Ich bin /damit einverstanden, dass Fotos u. Videos auf denen unsere Tochter/unser Sohn mit abgebildet ist, für die interne Arbeit, Präsentation u. für Fotocollagen auf der Webseite/Facebook verwendet werden dürfen. Zudem verpflichte(n) ich mich /wir uns, die mir/uns anvertrauten Fotos u. Videos von unserem Kind auf denen auch andere Kinder zu sehen sind, nur für häusliche/ private Zwecke zu verwenden.
- Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass in Zeiten von krankheitsbedingter Personalknappheit die Krippengruppe in eine Spielkreisgruppe umgewandelt wird. Diese Spielkreisgruppe wird von pädagogischen Assistenzkräften geführt.

Beitragseinzugsermächtigung -SEPA-Lastschriftverfahren

Wir / ich ermächtige / n hiermit den Träger "Ein Weidenkörbchen für Kinder", den monatlichen Elternbeitrag und Essensbeitrag per Lastschrift von meinem / unserem nachstehenden Konto einzuziehen. Zugleich weise/n wir / ich mein Kreditinstitut an, die von dem Träger "Ein Weidenkörbchen für Kinder" auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ihre Mandatsreferenz-Nr.: _____

Kontoinhaber, Vorname u. Name _____ Straße u. Hausnummer: _____

Kreditinstitut (Name) _____ PLZ / Ort _____

BIC _____ DE _____ / _____ / _____ / _____ / _____ IBAN _____

Untenstehende Beträge werden von der Verwaltung berechnet:

Beitrag: _____ € Verbrauchsmaterial, Getränke
Lastschriften: _____ € Bastelbedarf, etc. : _____ 15,00 €

monatlicher Gesamtbetrag: _____ € Essensgeld: 56,00 € mtl. Pauschal

Bitte beachten Sie: Sollte eine Lastschrift Ihrerseits oder von Ihrer Bank zurückgebucht werden, entsteht immer eine Rückbuchungsgebühr von je 3,-€, diese müssen wir Ihnen in diesem Fall in Rechnung stellen bzw. bei einer erneuten Lastschrift mit einziehen.

Notiz:

Von der Verwaltung auszufüllen:

bestätigt zum: _____ Gruppe: _____-gruppe
Aufnahmedatum/Bestätiger, Unterschrift _____ Sonstiges: _____

Antrag-Reservierung erfolgte telefonisch, Datum: _____

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir die Anmeldung, das Lastschrifteinzugsverfahren und, dass ich/wir die Grundlagen und Richtlinien des Trägers "Ein Weidenkörbchen für Kinder" zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Personenberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift Leitung o. Verwaltung