



Erfasst:

KITA

Eingang

Kindertagesstätte:

Anmeldung

Kindergarten „Mindelzwerge“ Stadt Burgau

Angaben zu den Personensorgeberechtigten (Eltern):

	Angaben zur Mutter	Angaben zum Vater
Name		
Vorname		
Titel		
Straße u. Nr.		
PLZ / Ort		
Ortsteil		
Telefon privat		
Telefon dienstl.		
Mobilfunknummer		
*E-Mail		
*Arbeitsstelle		
Familienstand		
*Konfession		
Staatsangehörigkeit		
Herkunftsland		

(* = freiwillige Angaben)

Gewünschter Aufnahmetermin:.....

Angaben zum Kind

Vorname	
Name	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Geburtsdatum	
Geschlecht w / m	
Geburtsort / Land	

Sorgerecht: beide Eltern nur Mutter nur Vater

Welche Sprachen spricht das Kind?

Familien- u. Vorname der Geschwister:

Geburtsdatum:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Besucht bereits ein Kind Ihrer Familie eine Kindertageseinrichtung in Burgau

☐

Ja

Welche:

☐

KITA „Mindelzwerge“ in Burgau

☐

Kindergarten

☐

Kinderkrippe

☐

KITA „Purzelbaum“ in Unterknöringen

☐

Kindergarten

☐

Kinderkrippe

☐

KITA Hl. Kreuz in Burgau

☐

Kindergarten

☐

Kinderkrippe

☐

Nein

Das o.g. Kind wird zur Aufnahme in die Kindertageseinrichtung „Kindertagesstätte Mindelzwerge“ angemeldet.
Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in die Einrichtung entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrages zwischen den Personensorgeberechtigten und dem Träger der Einrichtung.

Folgende Betreuungszeiten werden im Rahmen der Öffnungszeiten gewünscht:

Öffnungszeiten des Kindergartens:	Montag – Donnerstag	07.00 – 17.00 Uhr
	Freitag	07.00 – 15.00 Uhr

BIBER-GRUPPE 3 - 4 Std.

() **Gruppe 4: Schabert Sandra, Mayer Alexandra**

Gruppen-

Öffnungszeiten: Montag - Freitag 08.00 Uhr - 12.30 Uhr

SCHMETTERINGS-GRUPPE 4 - 5 Std.

() **Gruppe 5: Gerstmayer-Otto Johanna, Szyska Petra**

Gruppen-

Öffnungszeiten: Montag - Freitag 08.00 Uhr - 12.30 Uhr

STÖRCHE-GRUPPE 4 – 5 Std.

() **Gruppe 6: Janosch Gerlinde, Seitz Heidi**

Gruppen-

Öffnungszeiten: Montag - Freitag 08.00 Uhr - 12.30 Uhr

FISCHE-GRUPPE 5 - 6 Std.

() **Gruppe 1: Ostermeier Brigitta, Mayr Kerstin, Fiebich Silvia**

Gruppen-

Öffnungszeiten: Montag - Freitag 08.00 Uhr - 14.00 Uhr

Mittagessen: ☐ Ja ☐ Nein

RABEN-GRUPPE 6 - 7 Std.

() **Gruppe 3: Drexler-Baumgart Elisabeth, Pietsch Vanessa**

Gruppen-

Öffnungszeiten: Montag - Freitag 07.30 Uhr - 15.00 Uhr

Sammelgruppe: 12.30 Uhr - 15.00 Uhr

Gewünschte Buchungszeit:

Mo:	Die:	Mi:	Do:	Fr:
-----	------	-----	-----	-----

Mittagessen: ☐ Ja ☐ Nein

FRÖSCHE-GRUPPE 7 – 9 Std.

() **Gruppe 2: Gistel Martina, Braun Katrin**

Gruppen-

Öffnungszeiten: Montag - Donnerstag 08.00 Uhr - 17.00 Uhr

Freitag 08.00 Uhr - 13.30 Uhr

Buchungszeiten: 7 – 8 Std. 8 – 9 Std.

Gewünschte Buchungszeit:

Mo:	Die:	Mi:	Do:	Fr:
-----	------	-----	-----	-----

Mittagessen: ☐ Ja ☐ Nein

Buchungen sind nur bis höchstens **45 Std.** wöchentlich möglich.

Die Betreuung außerhalb der Gruppenöffnungszeiten erfolgt grundsätzlich in einer Sammelgruppe.

Kinder, die bereits ab 07.00 Uhr die Einrichtung besuchen, werden bis zur Gruppenöffnungszeit in einer Sammelgruppe aufgenommen. Kinder, die zusätzlich das Angebot bis 15.00 Uhr benötigen, werden nach Gruppenschließung in der Raben-Gruppe betreut.

Sofern Sie eine Betreuungszeit in einer Sammelgruppe benötigen bitten wir Sie, dies hier gesondert anzugeben. Wir bieten folgende Betreuungszeiten an:

- () von 07.00 Uhr bis 08.00 Uhr /Sammelgruppe Fische
- () von 07.30 Uhr bis 08.00 Uhr /Sammelgruppe Fische + Raben
- () von 12.30 Uhr bis 15.00 Uhr /Sammelgruppe Raben
- () von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr/ Sammelgruppe Raben (nur am Freitag Kinder der Gr. 2)

Die Einteilung und Aufnahme der Kinder in die Sammelgruppe obliegt der Kindergartenleitung.

Unsere Einrichtung wird mit zusätzlichem gruppenübergreifendem Personal unterstützt.

Zusätzliche Förderkräfte:

Hank Christine, Porstendörfer Patricia, Nolde Jessica, Patterer Monika

Letzte Früherkennungsuntersuchung: **Datum** **U**
(*freiwillige Angabe)

Schutzimpfungen:

1.
2.
3.
4.

Datum der letzten Tetanus-Impfung:

Überstandene Krankheiten:
.....
.....

Besondere gesundheitliche Bemerkungen (z.B. Allergien):

.....
.....

Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes:

..... Tel.:
.....
.....

Name der Krankenkasse:

Sonstige Bemerkungen:

.....
.....

Ich / wir sind mit den in der Benutzerordnung festgelegten Regeln vertraut gemacht worden.
Ich / wir erkenne(n) diese als verbindlich an.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der bzw. des Erziehungsberechtigten

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Bankeinzugsverfahren / Einzugsermächtigung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:
STADT BURGAU, Gerichtsweg 8, 89331 Burgau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000016566

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Stadt Burgau, wiederkehrend Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Burgau auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

.....
Vor- und Zuname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

.....
Anschrift (Ort, Straße)

Zahlungsart:

Kindergartengebühren / Kost

Die o.g. Gebühren sind zum jeweiligen Fälligkeitstag zu Lasten des nachfolgend angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut:

Bankleitzahl: Kontonummer:

BIC: IBAN: DE ____ / ____ / ____

Burgau, den
(Unterschrift)

Bitte beachten Sie die u.a. Hinweise. Falls Sie die Vorteile des Bankeinzugsverfahrens nutzen wollen, bitten wir Sie, dieses Formular bei Ihrer Anmeldung mitabzugeben. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns recht freundlich.

Hinweise:

1. Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
2. Zur Durchführung des Abbuchungsverfahrens ist es notwendig, dass Ihre personenbezogenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Überweisungsträger/Lastschriften enthalten die Angabe des Zahlungsgrundes und werden an die von Ihnen bezeichnete Bank weitergegeben.
3. Die Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Sie gilt bis zum Widerruf.
4. Beachten Sie bitte, daß Abbuchungen von Sparkonten nicht möglich sind. Sollte sich Ihr Konto ändern, bitten wir um rechtzeitige Mitteilung, damit Rückbuchungsgebühren vermieden werden.
5. Bitte sorgen Sie dafür, daß Ihr Konto für die einzuziehenden Beträge die erforderliche Deckung aufweist, andernfalls ist das kontoführende Geldinstitut nicht verpflichtet, den Abbuchungsaufträgen zu entsprechen.

UMFRAGE -ÖFFNUNGSZEITEN:

() Benötigen Sie noch weitere Öffnungszeiten:

Begründung:

Abholliste

Von wem wird Ihr Kind abgeholt:

(Bitte geben Sie möglichst viele Bezugspersonen an, die berechtigt sind, Ihr Kind von der Kindertagesstätte abzuholen).

Name, Vorname	Adresse	Telefon

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der bzw. des Erziehungsberechtigten