

# AUFNAHMEANTRAG IN EINE KINDERTAGESSTÄTTE DER GEMEINDE MITTELHERWIGSDORF



Wir beantragen / Ich beantrage die Aufnahme unseres / meines Kindes in die Kindertagesstätte

- "Märchenland" Mittelherwigsdorf
- "Sonnenblume" Eckartsberg
- Hort der Gundschule Mittelherwigsdorf

ab dem \_\_\_\_\_ . (Datum)

<b>Kind</b> (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Krankenkasse
_____	_____	_____

<b>Mutter</b> (Name, Vorname)	Krankenkasse	
_____	_____	
Anschrift (Straße, Hausnr, PLZ, Ort)		Telefon privat
_____		_____
Arbeitsstelle	Arbeitszeiten	Telefon dienstlich
_____	_____	_____

<b>Vater</b> (Name, Vorname)	Krankenkasse	
_____	_____	
Anschrift (Straße, Hausnr, PLZ, Ort)		Telefon privat
_____		_____
Arbeitsstelle	Arbeitszeiten	Telefon dienstlich
_____	_____	_____

**Geschwister** (zur Familie gehörende Kinder unter 18 Jahre)

Name, Vorname: _____	geboren am: _____
Name, Vorname: _____	geboren am: _____
Name, Vorname: _____	geboren am: _____
Name, Vorname: _____	geboren am: _____

**Betreuungsumfang**

**Krippe** - Kind jünger als 2 Jahre und 9 Monate

<input type="checkbox"/> Ganztags	<input type="checkbox"/> Halbtags	<input type="checkbox"/> 6 Stunden
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**Kindergarten** - Kind älter als 2 Jahre und 9 Monate

<input type="checkbox"/> Ganztags	<input type="checkbox"/> Halbtags	<input type="checkbox"/> 6 Stunden
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**Hortbetreuung**

<input type="checkbox"/> mit Frühhort	<input type="checkbox"/> ohne Frühhort	<input type="checkbox"/> nur Frühhort
---------------------------------------	--	---------------------------------------

**Überstandene Krankheiten**

<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Windpocken

**Impfungen**

Tetanus
1. am _____
2. am _____
3. am _____
4. am _____
Diphtherie
am _____

Masern:  
1. am \_\_\_\_\_

2. am \_\_\_\_\_

Allergien:  
\_\_\_\_\_

sonstige Krankheiten:  
\_\_\_\_\_

Hinweis: Wenn Sie die Abbuchung der Elternbeiträge und des Essengeldes durch die Gemeindekasse wünschen, dann füllen Sie bitte das beiliegende Formular zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates aus und reichen dieses mit ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Erteilung eines  
**SEPA - Lastschriftmandats**



Zahlungsempfänger: **Gemeinde Mittelherwigsdorf** Tel.: **03583 / 50 13 0**  
**Am Gemeindeamt 7** Fax: **03583 / 50 13 19**  
**02763 Mittelherwigsdorf** Mail: **gemeinde@mittelherwigsdorf.de**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 2 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 1 2 6 8 6**

Mandatsreferenz (vom Gläubiger auszufüllen, max. 35 Zeichen):

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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

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.

Zahlungsart:  **Wiederkehrende Zahlung**  **Einmalige Zahlung**

Zahlungsgrund:

  

Name und Anschrift des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

  
  

Bankverbindung des / der Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut:

IBAN:  (max. 23 Stellen)

BIC:  (8 oder 11 Stellen)

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab:  (Datum)

Hinweise: Bitte reichen Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular bei der Gemeindekasse Mittelherwigsdorf, Am Gemeindeamt 7 in 02763 Mittelherwigsdorf, ein. Beachten Sie bitte, dass Abbuchungen von Sparkonten nicht möglich sind. Sollte sich Ihre Bankverbindung ändern, bitten wir um rechtzeitige Mitteilung, damit Rückbuchungsgebühren vermieden werden können. Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto die für die einzuziehenden Beträge erforderliche Deckung aufweist, anderenfalls ist das kontoführende Kreditinstitut nicht verpflichtet, den Abbuchungsaufträgen zu entsprechen. Auch in diesem Fall ist das Kreditinstitut berechtigt, Rückbuchungsgebühren zu erheben. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum:

Unterschrift(en):

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.