

Kindertagesstätte der Gemeinde Oldenswort

Anmeldung

Abmeldung

Ummeldung

zum _____

*) nichtzutreffendes bitte streichen

Hiermit melde(n) ich/wir*)
mein/unser*) Kind

Name, Vorname

Geb. Datum

weiblich

Straße, PLZ, Wohnort

männlich

Name der Eltern / des/der Erziehungsberechtigte/n

Tel. Nr. für Rückfragen

in der Kindertagesstätte der Gemeinde Oldenswort an/ab. *)

Mein/Unser *) Kind soll folgende Gruppe besuchen/besucht folgende Gruppe:

- Regelgruppe (5 Tage, Kernzeit von 7:00 – 13:00 Uhr) 130,00 € pro Monat
- Regelgruppe (5 Tage, Kernzeit von 07:00 – 17:00 Uhr) 180,00 € pro Monat
- Regelgruppe (5 Tage, Frühdienst von 06:30 – 07:00 Uhr) 14,00 € pro Monat

Gesamtbetrag _____,00 € pro Monat

- Krippengruppe (5 Tage, Kernzeit von 07:00 – 13:00 Uhr) 174,00 € pro Monat
- Krippengruppe (5 Tage, Frühdienst von 06:30 – 07:00 Uhr) 14,00 € pro Monat
- Zusätzlich für Betreuung nachmittags pro Stunde 29,00 € pro Monat
Mein/Unser Kind benötigt Betreuung von _____ Uhr bis _____ Uhr, mithin _____ € pro Monat

Gesamtbetrag _____,00 € pro Monat

.....
Im Falle einer Ummeldung:

Mein/Unser*) Kind soll die Gruppe wechseln zum _____:

bisher: _____ neu: _____ € pro Monat
Name der Gruppe Name der Gruppe

.....
Es besucht/besuchen bereits **Geschwisterkind/er** die Kita Oldenswort oder eine andere Kita:

Name, Vorname Geb. Datum Kita-Name / Gruppe Besuch bis

Name, Vorname Geb. Datum Kita-Name / Gruppe Besuch bis

Ich/Wir*) beantragen die Gewährung von **Geschwisterermäßigung**.

Die Satzung der Kindertagesstätte ist mir/uns*) bekannt und wird von mir/uns*) akzeptiert. Mir/Uns*) ist bekannt, dass jeder Wechsel des 1. Wohnsitzes umgehend der Kita gemeldet werden muss.

Ort und Datum

Unterschrift –Eltern / Erziehungsberechtigte

.....
Bitte Rückseite beachten! ☛

Von der Einrichtung auszufüllen:

Geschwisterermäßigung ja

nein

zu zahlender Betrag: _____ € pro Monat

Ort und Datum

Unterschrift Kita. Leitung

SEPA-Lastschriftmandat



Amt Eiderstedt
Der Amtsdirektor
Finanzbuchhaltung
Welter Straße 1
25836 Garding

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42ZZZ00000013569
Bitte nicht faxen oder mailen!

Mandatsreferenz wird noch bekannt gegeben

Ich ermächtige/Wir ermächtigen das Amt Eiderstedt,

die Kindergartengebühr für die Kindertagesstätte Oldenswort

von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Amt Eiderstedt auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich/Wir stimme/n einer Verkürzung der Vorabankündigung auf 3 Tage vor Fälligkeit (Belastungsdatum) zu. (wenn nicht bitte streichen)

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Finanzadresse (FAD)	
Name, Vorname/Firma	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefonnummer (freiwillig)	
E-Mail (freiwillig)	
Kreditinstitut (Name)	
BIC	
IBAN	DE /
Ort, Datum	
Unterschrift/en	