



## Vormerkbogen für Krippe oder Kindergarten

Kind:

\_\_\_\_\_

Name  
 männlich    weiblich

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_

Kinderarzt

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

Geschwister:

\_\_\_\_\_

Anzahl /Name/n

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_

Geburtsort

\_\_\_\_\_

Konfession

\_\_\_\_\_

Adresse des Arztes

\_\_\_\_\_

Gewünschter Beginn KIGA/Krippe

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum/en

Eltern/ Personensorgeberechtigte des Kindes:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Geburtsort

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
Handy

Sind Sie berufstätig?

Ja  Nein

Sind Sie berufstätig?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse freiwillig

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse freiwillig

Familienstand:

ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend  geschieden

Sorgerechtsregelung bzw. Vormundschaft

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

Das Kind darf abgeholt werden

von: \_\_\_\_\_

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

Benachrichtigung im Notfall, wenn die Eltern nicht erreichbar sind( Name/Tel

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

Ich wünsche folgende Buchungszeiten (Kernzeit von 8:00 Uhr bis 12:30 Uhr muss eingehalten werden, im Kindergarten damit wir eine Förderung vom Freistaat Bayern erhalten.

Mindestbuchungszeit unter 3 Jahren für die Krippe 10-15 Stunden/ 3 Tage Woche  
Im Kindergarten immer 5 Tage

	Von	Bis	Stunden
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Wünschen Sie für Ihr Kind ein Mittagessen?  Ja  Nein

#### Zahlungsweise:

Ermächtigung zum Lastschrifteinzug

Die Eltern stimmen dem Einzug des Elternbeitrages durch Banklastverfahren zu und erteilen Einzugsermächtigung von folgendem Konto:

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (Name): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Überweisung auf das Konto der Einrichtung

Kreissparkasse Altötting- Mühldorf IBAN: DE88 7115 1020 0000 230425 BIC: BYLADEM1MDF

Ich / Wir willige/n ein, dass die angegeben Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Ich / wir willige/ n ein, dass die Kindertageseinrichtung zu Planzwecken der Kommune des Wohnsitzes des Kindes folgende Daten übermittelt: Name, Anschrift, Geburtsdatum des Kindes, Zu – Absage des Betreuungsplatzes.

Ein Anspruch auf Aufnahme des Kindes in der Kindertageseinrichtung entsteht erst mit Abschluss des Bildungs- und Betreuungsvertrages zwischen Eltern/ Personenberechtigten und dem Träger der Einrichtung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vaters