**Datenblatt**

**Kindergarten St. Christophorus**

**Sudetenlandstraße 6, 63773 Goldbach**

**Aufnahme zum:  Gruppe: **

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kindes \*** |  |
| **Vorname des Kindes \*** |  |
| **Geburtsdatum\*** |  |
| **Geschlecht \*** | **m  w** |
| **Straße, Hausnummer \*** |  |
| **PLZ, Wohnort \*** |  |
| **Geburtsort\*** |  |
| **Nationalität des Kindes \*** |  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Hausarzt** (Name, Adresse, Telefon) |  |
| **Unverträglichkeit, Allergien \*** |  |
| **Diagnosen/Medikamente \*** |  |
| **Liegt eine Behinderung vor \*** | **Ja  Nein** |
| **Masernschutz vorhanden \*** | **Ja  Nein** |
| **Letzte Tetanusimpfung am: \*** |  |
| **Unser/Mein Kind besucht zur Zeit folgende Einrichtung \*** |  |
| **Familiensprache\*** |  |
| **Religion \*** |  |
| **Geschwisterkinder\*** | |  |  | | --- | --- | | Name: | geb: | | Name: | geb: | | Name: | geb: | | Name: | geb: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Sorgeberechtigter I*** | | ***Sorgeberechtigter II*** |
| **Nachname \*** |  | |  |
| **Vorname \*** |  | |  |
| **Straße, Nr. \*** |  | |  |
| **PLZ, Wohnort \*** |  | |  |
| **Notfallnummer \*** | |  |  | | --- | --- | | Privat |  | | Mobil: |  | | Arbeit: |  | | | |  |  | | --- | --- | | Privat |  | | Mobil: |  | | Arbeit: |  | |
| **Alleinerziehend \*** | **Ja  Nein** | | **Ja  Nein** |
| **Beruf** (freiwillige Angabe) |  | |  |
| **E-Mail \*** |  | |  |
| **Nationalität \*** |  | |  |
| **Geburtsort \*** |  | |  |
| **Bezug zum Kind\*** | Mutter  Vater  Sonstige | | Mutter  Vater  Sonstige |
| Abholberichtigter I\* | |  | | |
| Abholberechtigter II\* | |  | | |
| Abholberechtigter III\* | |  | | |
| Abholberechtigter IV\* | |  | | |

**\*Pflichtfelder – bitte unbedingt ausfüllen!**

**Name Kind: **

**Gewünschte Betreuungszeit ab: **

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wochentage |  | Stunden |
| Montag |  |  |
| Dienstag |  |  |
| Mittwoch |  |  |
| Donnerstag |  |  |
| Freitag |  |  |

**Gesamtstundenzahl der gebuchten Betreuungszeit pro Woche**

**(**zu beachten: bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren müssen mindestens 20 Stunden/Woche gebucht werden!!!)

= ............. Std. : 5 Tage

= ....... Std. / Tag

Wir buchen die Buchungszeitkategorie von .................. bis .................... Stunden

**Mittagsverpflegung: Ja  Nein **

**Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich den Kindergarten St. Christophorus, den jeweils fälligen Monatsbeitrag ab  von folgendem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber:

Bank: 

IBAN 

BIC 

**Hinweise:**

1. Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto die für die einzuziehenden Beträge notwendige Deckung aufweist. Andernfalls besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.
2. Zur Durchführung des Abbuchungsverfahrens ist es notwendig, dass die Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden.
3. Lastschriften, die an die angegebene Bank weitergeleitet werden, enthalten die Angaben zum Zahlungsgrund.
4. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Sie gilt bis zum Widerruf oder bis zum Erlöschen des Zahlungsgrundes.

1. Sollte sich Ihre Bankverbindung ändern, bitten wir um rechtzeitige Mitteilung,

damit Rückbuchungsgebühren vermieden werden. Die Abbuchung von Sparkonten ist nicht möglich.

**Die Unterschrift ist für die Buchungsvereinbarung sowie für die Einzugsermächtigung**

**gültig:**

**Goldbach, **

**Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sorgeberechtigter I Sorgeberechtigter II**