



Empfänger
Kinderzentrum Wellendingen
Im Winkel 17
78669 Wellendingen

Kinderzentrum Wellendingen - Abteilung Wellendingen & Wilflingen
Anmeldung / Änderung / Kündigung

Anmeldung oder Änderung der Betreuungsform oder Kündigung der Betreuung

Anmeldung zum: _____

Änderungswunsch

zum 1. September

zum 1. März

Kündigung zum: _____

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtstag: _____

Adresse des Haushalts, in dem das Kind dauerhaft / überwiegend wohnt:

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Weitere freiwillige Angaben (nur bei Anmeldung oder Änderung)

z.B. Allergien/Besonderheiten

Angaben zu den Erziehungsberechtigten (nur bei Anmeldung oder Änderung)

1. Erziehungsberechtigte Person

Nachname: _____

Vorname: _____

Familienstand: _____

Adresse

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Erziehungsberechtigte Person

Nachname: _____

Vorname: _____

Familienstand: _____

Adresse

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Kinder im Haushalt (nur bei Anmeldung oder Änderung)

Zahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren inklusive anzumeldendes Kind: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtstag: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtstag: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtstag: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtstag: _____

Gewünschte Einrichtung (nur bei Anmeldung oder Änderung)

Sie können Wünsche äußern, in welcher Einrichtung ihr Kind untergebracht werden soll.
Es kann jedoch nicht garantiert werden, dass freie Plätze in der gewünschten Einrichtung zur Verfügung stehen.

Kinderzentrum Wellendingen
Im Winkel 17
78669 Wellendingen

Kindergarten Wilflingen
Nelkenstraße 24
78669 Wellendingen-Wilflingen

Angaben zur gewünschten Betreuung (nur bei Anmeldung oder Änderung)

<input type="checkbox"/>	Regelbetreuung (RG) – 5 Tage max. 33 Stunden / Woche Mo – Fr: 7:30 Uhr – 12:30 Uhr Mo – Do: 14:00 Uhr – 16:00 Uhr
<input type="checkbox"/>	Verlängerte Öffnungszeiten 1 (VÖ1) – 5 Tage (Nur Abteilung Wilflingen) max. 35 Stunden / Woche Mo – Fr: 7:15 Uhr – 14:15 Uhr
<input type="checkbox"/>	Verlängerte Öffnungszeiten 1 (VÖ1) – 5 Tage (Nur Abteilung Wellendingen) max. 35 Stunden / Woche Mo – Fr: 7:00 Uhr – 14:00 Uhr
<input type="checkbox"/>	Verlängerte Öffnungszeiten 2 (VÖ2) – 5 Tage (Nur Abteilung Wellendingen) max. 35 Stunden / Woche Mo – Fr: 8:30 Uhr – 15:30 Uhr
<input type="checkbox"/>	VÖ – 4 Tage und GTB – 1 Tag Bitte <u>Tag für GTB ankreuzen</u> , der Rest ist VÖ: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
<input type="checkbox"/>	VÖ – 3 Tage und GTB – 2 Tage Bitte <u>Tage für GTB ankreuzen</u> , der Rest ist VÖ: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
<input type="checkbox"/>	VÖ – 2 Tage und GTB – 3 Tage Bitte <u>Tage für GTB ankreuzen</u> , der Rest ist VÖ: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
<input type="checkbox"/>	VÖ – 1 Tag und GTB – 4 Tage Bitte <u>Tage für GTB ankreuzen</u> , der Rest ist VÖ: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
<input type="checkbox"/>	Ganztagesbetreuung (GTB) – 5 Tage über. 35 Stunden / Woche Mo – Fr: 7:00 Uhr – 17:00 Uhr

Ort, Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____

Gemeinde Wellendingen
Schlossplatz 1
78669 Wellendingen
Deutschland



Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE69ZZZ00000093496

SEPA-Basislastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Wellendingen, wiederkehrende Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Wellendingen auf mein (unser) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gemäß den obigen Bestimmungen wird folgendes SEPA-Lastschriftmandat vereinbart:

Erziehungsberechtigte(r):

Name(n), Vorname(n):

Adresse(n):

Mandatsreferenz: Entgelt Kinderkrippe / Kindergarten

Hinweis: Die Mandatsreferenznummer wird gesondert mitgeteilt.

Bei Fälligkeit zu Lasten des Kontos:

Name(n), Vorname(n):

Adresse(n):

Kreditinstitut (Name):

IBAN (nicht Kontonummer)

BIC (nicht BLZ)

Ort, Datum, Unterschrift(en) Kontoinhaber:

Hinweis: Ihre IBAN und den BIC finden Sie auch auf Ihrem Kontoauszug

Hinweis:

1. Die Gebühr ist ohne besondere Zahlungsaufforderung am 1. des jeweiligen Monats zur Zahlung fällig (§ 6 Absatz 1 Benutzungsordnung).
2. Entstehen Zahlungsrückstände, so kann/können das Kind/die Kinder nach vorherigem Hinweis vom Einrichtungsbesuch ausgeschlossen werden (§ 3 Absatz 3 Benutzungsordnung).
3. Abmeldungen sind unter den Voraussetzungen des § 3 Benutzungsordnung möglich.
4. Die /der Zahlungspflichtige ist verpflichtet, Gebührenänderungen bei der Einrichtungsleitung anzuzeigen.