

Aufnahmeblatt für die Kinderkrippe „Regenbogen“ Altomünster



BAYERISCHES ROTES KREUZ
MIT HERZ - GEMEINSAM - FÜR KINDER

Kinderkrippenjahr 2021/2022

für das Kind (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ männlich weiblich

PLZ / Wohnort: _____ Konfession: _____ Nationalität: _____

_____ zum 1. September
gewünschtes Aufnahmedatum

.....
1. Besondere Notlage der Personensorgeberechtigten, die eine vorrangige Aufnahme des Kindes erfordert:

.....
2. Sonstige wichtige Informationen, die eine vorrangige Aufnahme des Kindes erfordern:

.....
3. Bedürfnisse des Kindes nach einer besonderen Betreuung (z.B. auf Grund einer Behinderung):

.....
4. Anzahl und Alter der Geschwister:

Personensorgeberechtigung:

Mutter und Vater nur Mutter (mit Nachweis)

nur Vater (mit Nachweis) _____

Mutter:

Vater:

Name, Vorname, Geburtsname

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer (falls abweichend vom Kind)

Straße / Hausnummer (falls abweichend vom Kind)

PLZ / Wohnort (falls abweichend vom Kind)

PLZ / Wohnort (falls abweichend vom Kind)

Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Herkunftsland, wenn nicht Deutschland
(bei nichtdeutschsprachiger Herkunft beider Elternteile fügen Sie bitte Geburtsurkunde und Kopie des Reisepasses bei)

Herkunftsland, wenn nicht Deutschland
(bei nichtdeutschsprachiger Herkunft beider Elternteile fügen Sie bitte Geburtsurkunde und Kopie des Reisepasses bei)

Personenstand:

- Verheiratet/ mit Lebenspartner
 Ledig/ verwitwet/ geschieden/ getrennt lebend

Personenstand:

- Verheiratet/ mit Lebenspartner
 Ledig/ verwitwet/ geschieden/ getrennt lebend

Telefonnummer (privat)

Telefonnummer (privat)

Telefonnummer (Handy)

Telefonnummer (Handy)

E-Mail

E-Mail

berufstätig selbständig

berufstätig selbständig

Beruf / Tätigkeit Arbeitszeit

Beruf / Tätigkeit Arbeitszeit

Arbeitgeber (wenn nicht selbständig)

Arbeitgeber (wenn nicht selbständig)

Adresse Arbeitgeber

Adresse Arbeitgeber

Telefon dienstlich

Telefon dienstlich

Medizinische Daten

Hausarzt / Kinderarzt

Telefonnummer des Arztes

Anschrift des Arztes

Krankenkasse

Kinderkrankheiten / Allergien

Besonderheiten / Entwicklung

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Dachau

Rotkreuzplatz 3-4

85221 Dachau

Ich ermächtige die Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Dachau, Rotkreuzplatz 3-4, 85221 Dachau, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Dachau, Rotkreuzplatz 3-4, 85221 Dachau auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des/der Kontoinhabers/in

Name der Bank

Straße und Hausnummer

BIC

Postleitzahl und Ort

IBAN

Ort, Datum Unterschrift des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin

Abholberechtigte Personen

Name / Verwandtschaftsgrad

Telefonnummer

Anschrift

Name / Verwandtschaftsgrad

Telefonnummer

Anschrift

Name / Verwandtschaftsgrad

Telefonnummer

Anschrift

Gewünschte Buchungszeit

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit von – bis					

4 – 5 Stunden

5 – 6 Stunden

6 – 7 Stunden

7 – 8 Stunden

8 – 9 Stunden

9 – 10 Stunden

Hinweise:

- Da in der Kinderkrippe das Mittagessen bereits um 11:00 Uhr stattfindet essen alle Kinder mit.
- Eine 5- Tages- Woche ist Voraussetzung.
- Minimalste Buchungszeit täglich von 8:00-12:00
- Die derzeit gültigen Beitragssätze und sonstige Gebühren können nicht verbindlich zugesagt werden. Änderungen werden rechtzeitig bekanntgegeben.

Ort, Datum

Unterschrift