

Datenblatt für die Kinderkrippe „Regenbogen“ Altomünster

Kinderkrippenjahr 2025/2026



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

Straße: _____ männlich weiblich

PLZ / Wohnort: _____ Konfession: _____ Nationalität: _____

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:

.....
5.* Name und welche Kita besuchen das/die Geschwister

***Angabe ist zwingend erforderlich, ansonsten ist keine Geschwisterermäßigung möglich**

Personensorgeberechtigung:

Mutter und Vater

nur Mutter (mit Nachweis)

nur Vater (mit Nachweis)

Mutter:

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer (falls abweichend vom Kind)

PLZ / Wohnort (falls abweichend vom Kind)

Staatsangehörigkeit

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

Vater:

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer (falls abweichend vom Kind)

PLZ / Wohnort (falls abweichend vom Kind)

Staatsangehörigkeit

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

Mutter:
Telefonnummer (Handy)

Vater:
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 Kontoinhaber/in

Name der Bank

Straße und Hausnummer

BIC

Postleitzahl und Ort

IBAN

Ort, Datum Unterschrift des/des 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