

# Datenblatt für die Kinderkrippe „Regenbogen“ Altomünster



## Kinderkrippenjahr 2026/2027

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: \_\_\_\_\_

### 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 (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 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