Datenblatt für die Kinderkrippe „Regenbogen“ Altomünster

Kinderkrippenjahr 2027/2028

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

Personenstand:

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

_____ _____

Mutter:
Telefonnummer (Handy)

E-Mail

☐ berufstätig ☐ selbständig

Beruf / Tätigkeit Arbeitszeit

Arbeitgeber (wenn nicht selbständig)

Adresse Arbeitgeber

Telefon dienstlich

Vater:
Telefonnummer (Handy)

E-Mail

☐ berufstätig ☐ selbständig

Beruf / Tätigkeit Arbeitszeit

Arbeitgeber (wenn nicht selbständig)

Adresse Arbeitgeber

Telefon dienstlich

Medizinische Daten

Hausarzt / Kinderarzt

Telefonnummer des Arztes

Anschrift des Arztes

Krankenkasse

Kinderkrankheiten / Allergien

Besonderheiten / Entwicklung

Masernschutz: Ja Nein wann: 1. Impfung: 2. Impfung:

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 –10Stunden

Hinweise:

- Da in der Kinderkrippe das Mittagessen bereits um 11:00 Uhr sattfindet 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