



## Anmeldung Sonderdienste

Kindertagesstätte

Gruppe

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Name, Vorname des 1. Sorgeberechtigten

Name, Vorname des 2. Sorgeberechtigten

Hiermit melde/ n ich/ wir mein/ unser Kind für folgende Sonderdienste an:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:30-8:00 Uhr					

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
14:00-15:00 Uhr					

	Ja	Nein
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwisterkind derselben häuslichen Gemeinschaft im Sonderdienst <b>Hinweis:</b> Befindet sich das Geschwisterkind in einer Einrichtung eines anderen Trägers ist ein Nachweis erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeberbescheinigung(e) ist/ sind der Anmeldung beigelegt <b>Hinweis:</b> Der Sonderdienst kann nur in Anspruch genommen werden, wenn die Tätigkeit während der angebotenen Sonderdienstzeiten ausgeübt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung: Mit meiner/ unserer Unterschrift bestätige/n ich/ wir die Richtigkeit der Angaben.

Ort/ Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten