

Aufnahmeantrag zur qualifizierten Tagespflegebetreuung (2-Tage-Gruppe)

Angaben über das Kind

Name : Geb.-Datum : Geschlecht.....

Anschrift : Ort :

Telefon: Email:

Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten.....

Arzt/Telefon :

Geschwisterkind in der Kita

Vorname: Name: Geb. Datum:

Kosten – 2-Tagesgruppe - 8.00 Uhr bis 12.30

Bitte entsprechendes ankreuzen

Reinfelder oder Geschwisterermäßigung:

36 Std. pro Monat (Stundensatz 4,40 € lt. Richtlinien der Stadt Reinfeld)

= **Regelbeitrag 158,40 €**

abzüglich 1,50 € pro nachgewiesener Betreuungsstunde - 104,40 € möglicher Monatsbeitrag

(Geschwisterermäßigung basiert auf einem Stundensatz von 4,40 € lt. Richtlinien des Kreis Stormarn)

oder

gemeindeübergreifende Betreuung :

36 Std.pro Monat (Stundensatz 3,45 €)

= **Regelbeitrag 124,20 €**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter

.....
Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter