

**Aufnahmeantrag zur qualifizierten Tagespflegebetreuung**  
 ( 3-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 – 3-Tagesgruppe - 8.00Uhr bis 12.30Uhr:**

**bitte entsprechendes ankreuzen**

**Reinfeld oder Geschwisterermäßigung:**

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

= **Regelbeitrag 237,60 €**

abzüglich 1,50 € pro nachgewiesener Betreuungsstunde -149,85 € möglicher Monatsbeitrag

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

**oder**

**gemeindeübergreifende Betreuung :**

54Std.pro Monat (Stundensatz 3,45 € )

= **Regelbeitrag 186,30 €**

)

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter

.....  
 Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter