

Anmeldung Kleinkindbetreuung für 1- bis 3-jährige Kinder Kindergartenjahr 2016/2017

Kleinkindbetreuung Markt und Vinomna

Betreuung ab: _____

Kleinkindbetreuung Kinder- und Familientreff Bifang

Daten des Kindes:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Soz.Vers.Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religion: _____

Muttersprache: _____

Name und Alter der Geschwister: _____

Angaben Mutter:

Angaben Vater:

Nachname: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Tagsüber erreichbar: ☎ _____

Tagsüber erreichbar: ☎ _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

beschäftigt bei: _____

beschäftigt bei: _____

Beschäftigungsausmaß: ganztägig Teilzeit

ganztägig Teilzeit

Erziehungsberechtigt: Mutter Vater

Gesundheitszustand des Kindes:

Besondere Anmerkungen (Sehchwäche, Herzfehler, epileptische Anfälle, Allergien, Behinderungen, Therapien):

Verhaltensauffälligkeiten, evtl. Ärztliche Gutachten: _____

Gewünschte Betreuung, bitte ankreuzen:

Modul	Öffnungszeiten	MO	DI	MI	DO	FR
1	07:00 bis 11:30					
2	07:00 bis 12:30					
3	11:30 bis 12:30 inkl. ME					
4	11:30 bis 13:30 inkl. ME und Ruhezeit					
5	13:30 bis 16:00					
6	13:30 bis 18:00					

Die Bezahlung der monatlichen Gebühren erfolgt durch Einzugsermächtigung.

Diese Anmeldung ist verbindlich und die gewünschten Betreuungszeiten werden auch bei Abwesenheit des Kindes in Rechnung gestellt.

Rankweil, am _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte umblättern

Angaben Sprachverständnis:

Welche Sprache(n) versteht das Kind: _____

Welche Sprache(n) spricht das Kind: _____

Kenntnis der deutschen Sprache: gut kann sich verständigen noch keine

Welche Sprache(n) spricht die Mutter: _____

Kenntnis der deutschen Sprache: gut kann sich verständigen noch keine

Welche Sprache(n) spricht der Vater: _____

Kenntnis der deutschen Sprache: gut kann sich verständigen noch keine**Formular zur Einzugsermächtigung:**

Kleinkindbetreuung: _____

SEPA-Lastschrift-MandatZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Marktgemeinde Rankweil, A-6830 Rankweil, Am Marktplatz 1**

Creditor-ID: AT67ZZZ00000003095

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Marktgemeinde Rankweil, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Rankweil auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Vorname (Kontoinhaber)	EDV-Nr.
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Kreditinstitut (Name)	
IBAN (finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)	BIC
Ort und Datum	Unterschrift(en) des (der) Auftraggeber(s)