MÄRKISCHER KREIS

„Verbindliche Mitteilung“ nach § 23 Abs. 2 KiBiz

Märkischer Kreis
FD 54 - Elternbeiträge
Heedfelder Str. 45
58509 Lüdenscheid

Neuaufnahme zum _____

Änderung der Betreuungszeit zum _____

Abmeldung zum _____

Name der Tageseinrichtung		Straße, Hausnr.
PLZ, Ort		Emailadresse
Telefon	Fax	

Name und Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Geschwisterkind in der gleichen Einrichtung: ☐ Ja ☐ Nein

Geschwisterkind in einer anderen Einrichtung: _____
(wenn JA, bitte den Namen der Einrichtung angeben)

Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten: _____

_____

Anschrift des/der Sorgeberechtigten: _____

_____

Betreuungszeiten: ☐ 25 Stunden/Woche ☐ 35 Stunden/Woche ☐ 45 Stunden/Woche

Gruppenform: auswählen ☐ integratives Kind ☐ Sprachförderung

Daten löschen | Speichern | Drucken