



KINDERGARTENANMELDUNG 2024/25

Daten des Kindes:

Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Muttersprache: _____

Geschwister:
(Name und Geburtsjahr) _____

Besuchte
Betreuungseinrichtungen: _____

Laufende Therapien
oder Behandlungen: _____

Allergien:
(Insekten, Lebensmittel, ...) _____

Erkrankungen:
(Medikamente, Risiken, ...) _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Daten der Eltern:

Name der Mutter: _____

Alleinerziehend: Ja Nein

Telefonnummer: _____

Beruf: _____ Teilzeit Vollzeit

Name des Vaters: _____

Alleinerziehend: Ja Nein

Telefonnummer: _____

Beruf: _____ Teilzeit Vollzeit

E-Mail (Vater oder Mutter): _____

Kontakt bei Nichterreichbarkeit der Eltern:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Tarife zum derzeitigen Stand. (Änderungen vorbehalten.)

Module:

(Basismodul für 5-jährige kostenlos; Basismodul & Modul 2 nicht tageweise buchbar)

Modul	Kosten (Monatsbeitrag für 1 Tag pro Woche)	Öffnungszeiten	MO	DI	MI	DO	FR
Basismodul	€ 45,00/Monat	07:30 – 12:30 Uhr					
2	€ 16,00/Monat	07:00 – 07:30 Uhr & 12:30 – 13:00 Uhr					
3	€ 32,00	12:30 – 14:00 Uhr inkl. Mittagessen					
4	€ 7,00	14:00 – 16:00 Uhr					
5	€ 14,00	14:00 – 18:00 Uhr					

Sollten sich ihre Betreuungszeiten ändern, müssen diese Änderungen bis zum 20. jeden Monats im Kindergarten gemeldet werden.

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.

Göfis, am _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschrift-Mandat ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Gemeindeamt Göfis, A-6811 Göfis, Kirchstraße 2
Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Gemeinde Göfis, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Göfis 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)