

Anmeldung

zum Besuch der Kinderkrippe im Wiegelsweg

Ich/Wir melde/n hiermit unsere/meine Tochter unseren/meinen Sohn

Name: _____ geb. am: _____

Hauptwohnung: _____ Staatsangehörigkeit: _____

mit Wirkung vom _____ zur Aufnahme in die Kinderkrippe im Wiegelsweg an:

Betreuung von Kindern im Alter von 1 und 2 Jahren			Gebühr/Monat:
<input type="checkbox"/> Modul 1	Montag – Freitag:	07:00 – 12:30 Uhr	145,00 €
<input type="checkbox"/> Modul 2	Montag – Freitag:	07:00 – 14:30 Uhr	195,00 €
<input checked="" type="checkbox"/> Mittagessen			2,85 €
<input type="checkbox"/> Modul 3	Montag – Donnerstag: Freitag:	07:00 – 16:30 Uhr 07:00 – 15:30 Uhr	240,00 €
<input checked="" type="checkbox"/> Mittagessen			2,85 €

Besuchen weitere Kinder der Familie eine Kindertageseinrichtung in Schwalmstadt verringert sich die Gebühr für das zweite bzw. jedes weitere Kind um die Hälfte.

Neben der Betreuungsgebühr ist eine Nebenkostenpauschale in Höhe von 10,00 € monatlich pro Kind zu zahlen.

Mit Vollendung des 3. Lebensjahres muss das Kind die Kinderkrippe im Wiegelsweg verlassen, daher wählen Sie bitte Ihre bevorzugte Kita aus. Sie können auch mehrere Kitas benennen, dafür bitte hinter der Kita nummerieren (z. B. Kita „Trutzhain“ 1, Kita „Zwergenschatz“ 2, ...):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ev. Kita „Auf der Baus“
<input type="checkbox"/> Integrative Kita Hephata
<input type="checkbox"/> Waldkindergarten „Schwälmer Wurzelzwerge“
<input type="checkbox"/> Kita „Zwergenschatz“ | <input type="checkbox"/> Kita „Regenbogen“
<input type="checkbox"/> Kinderhaus „Sonnenschein“
<input type="checkbox"/> Kita „Steinweg“
<input type="checkbox"/> Kita „Trutzhain“ |
|--|---|

	der Mutter / der Stiefmutter	des Vaters / des Stiefvaters
Name, Vorname		
Anschrift		
Familienstand		
<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich		
Handy		
Email		

Wer ist im Notfall zuerst zu informieren/erreichbar:

Name, Verwandtschaftsverhältnis

Telefon-Nr.

1. Besuchen außer dem aufzunehmenden Kind noch weitere Kinder der Familie eine Kindertageseinrichtung in Schwalmstadt?

nein ja, Name: _____

voraussichtliche Abmeldung: _____

2. In welcher Krankenkasse ist das aufzunehmende Kind versichert? _____

3. Name und Telefon-Nr. des Hausarztes bzw. Kinderarztes: _____

4. Überstandene Krankheiten des Kindes: _____

5. Letzte Tetanusimpfung am: _____

Eine Impfbescheinigung zur Vorlage in Kindergemeinschaftseinrichtungen ist gem. § 2 Hess. Gesetzes zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder vom 14.12.2007 vor Aufnahme in die Einrichtung vorzulegen.

6. Angaben über Besonderheiten in der Entwicklung und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes (z. B. therapeutische Behandlung, Förderung durch Frühförderstelle usw.):

7. Besondere Gründe, die eine dringende Aufnahme des Kindes rechtfertigen (z. B. alleinerziehend, Krankheit eines Elternteils, kinderreiche Familie, Berufstätigkeit beider Elternteile usw.):

8. Ich bin / Wir sind in der Lage, das Benutzungsentgelt für die Kindertageseinrichtung, die Nebenkostenpauschale sowie die Verpflegungskosten zu zahlen:

Ja, ich/wir werde/n eine Abbuchungsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) der Stadt Schwalmstadt erteilen (**ein entsprechender Vordruck wird Ihnen mit dem Aufnahmebescheid zugesandt**).

Ja, ich/wir werde/n die fälligen Gebühren an die Stadt Schwalmstadt überweisen.

Nein, ich/wir werde/n einen Antrag auf Übernahme des Kostenbeitrages beim Amt für Jugend und Familie des Schwalm-Eder-Kreises stellen.

9. Ich/Wir erkenne/n hiermit durch meine/unsere Unterschrift die Satzung über die Benutzung der Kindertageseinrichtungen der Stadt Schwalmstadt vom 21. Juni 2012 sowie die dazu ergangene Kostenbeitragssatzung in der Fassung vom 21. Juni 2018 an. Eine Abschrift der Satzung und Gebührensatzung wurde mir/uns ausgehändigt

Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werde/n ich/wir der Kindertagesstättenverwaltung im Rathaus Treysa (Bürgerbüro) umgehend mitteilen.

Wir weisen darauf hin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gem. den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insb. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. § 8 der Kostenbeitragssatzung der Stadt Schwalmstadt verarbeitet werden. Ein Informations- u. Auskunftsrecht über Verarbeitung von personenbezogenen Daten besteht nach Art. 13; 15 DSGVO i. V. m. §§ 51,52 HDSIG.

Des Weiteren willige ich/willigen wir ausdrücklich ein, dass die angegeben Gesundheitsdaten nach der Datenschutzgrundverordnung und dem Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

Schwalmstadt, den _____

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s