

Anmeldung zum Besuch der Kindertagesstätte „Steinweg“ der Konfirmationsstadt Schwalmstadt



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

Name: _____ geb. am: _____

Hauptwohnung: Schwalmstadt, _____ Staatsangehörigkeit: _____

ab (Wunschaufnahmedatum) _____ zur Aufnahme an:

Betreuung von Kindern ab einem Alter <u>von 1 Jahr bis max. 3 Jahre</u> in der Krippengruppe			Kostenbeitrag/Monat
<input type="checkbox"/> Modul 1	Montag – Freitag:	07:00 – 13:00 Uhr	160,00 €
<input type="checkbox"/> Modul 2	Montag – Freitag:	07:00 – 14:30 Uhr	195,00 €
<input type="checkbox"/> Modul 3	Montag – Freitag:	07:00 – 16:30 Uhr	245,00 €

Betreuung von Kindern <u>ab 2 Jahren</u> in der altersgem. Gruppe			Kostenbeitrag/Monat	
			ab 2 Jahren	ab 3 Jahren
<input type="checkbox"/> Modul 1	Montag – Freitag:	07:00 – 13:00 Uhr	160,00 €	0,00 €
<input type="checkbox"/> Modul 2	Montag – Freitag:	07:00 – 14:30 Uhr	195,00 €	37,50 €
<input type="checkbox"/> Modul 3	Montag – Freitag:	07:00 – 16:30 Uhr	245,00 €	87,50 €

<input checked="" type="checkbox"/> Mittagessen <i>geliefert von Ess.Punkt</i>	3,20 €/Mahlzeit
--	------------------------

Besuchen weitere Kinder der Familie eine Kindertagesstätte in Schwalmstadt verringert sich der Kostenbeitrag für das 2. Kind um die Hälfte. Ab dem 3. Kind entfällt der Kostenbeitrag.

Neben dem Kostenbeitrag für die Betreuung ist eine **Nebenkostenpauschale** in Höhe von **monatlich 10,00 € pro Kind** zu zahlen.

	der Mutter / der Stiefmutter	des Vaters / des Stiefvaters
Name		
Vorname		
Anschrift		
Familienstand		
privat/dienstlich		
Handy		
Email		

Wer ist im Notfall zuerst zu informieren/erreichbar:

_____ Telefon-Nr. _____

Welche Sprache wird zu Hause überwiegend gesprochen? _____

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

nein ja, Name: _____ voraussichtliche Abmeldung: _____

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

3. Name des Hausarztes bzw. Kinderarztes: _____

4. Überstandene Krankheiten des Kindes: _____

5. *Tetanusimpfung* ja nein geplant *Masernschutzimpfung* ja nein geplant

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 Kindertagesstätte, 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.

Ich/Wir haben die Satzung über die Benutzung der Kindertageseinrichtungen der Stadt Schwalmstadt vom 21. Juni 2012 sowie die dazu ergangene Kostenbeitragssatzung in der Fassung vom 22. Juli 2022 gelesen (siehe QR-Code) und ich/wir erkenne/n diese durch meine/unsere Unterschrift an.



Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werde/n ich/wir der Kindertagesstättenverwaltung, Marktplatz 7 (kitaverwaltung@schwalmstadt.de) 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 angegebenen 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