



# Anmeldung für den gemeindlichen Kindergarten St. Peter

Schulstraße 1, 85241 Ampermoching

**Leitung:** Gabriele Giosele, Telefon: 08139 / 7475, Telefax: 08139 / 801345

E-Mail: [giosele@hebertshausen.de](mailto:giosele@hebertshausen.de)

Mein Kind...	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
_____	_____	_____
Name	Vorname	
_____	_____	
Straße	PLZ / Wohnort	
_____	_____	
ggf. Ortsteil	Geburtsdatum	
_____	_____	
Staatsangehörigkeit	Muttersprache	
	_____	
	Weitere Sprachen	
	_____	
wird zur Aufnahme in den Kindergarten St. Peter, Ampermoching ab _____		
angemeldet. In folgenden Einrichtungen habe ich unser Kind zusätzlich angemeldet:		
_____	_____	
_____	_____	
<b>Bevorzugt wird folgende Einrichtung:</b>	_____	

## Die Eltern / Sorgeberechtigten des Kindes sind:

_____	_____
Name, Vorname	Name, Vorname
_____	_____
Straße	Straße
_____	_____
PLZ / Wohnort	PLZ / Wohnort
_____	_____
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
_____	_____
Telefon privat	Telefon privat
_____	_____
Telefon Arbeit / Handy	Telefon Arbeit / Handy
_____	_____
E-Mail	E-Mail
_____	_____
Berufstätig, wenn ja, tgl. von bis	Berufstätig, wenn ja, tgl. von bis

**Weitere wichtige Angaben:**

- Sorgerecht:**                     beide Eltern erziehungsberechtigt     alleine erziehungsberechtigt  
 das Sorgerecht liegt bei \_\_\_\_\_
- Familienstand:**             ledig             in eheähnlicher Gemeinschaft             verheiratet  
 geschieden     getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_             verwitwet
- Vormund:**     Nein     Ja (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_
- Geschwister:**     Nein     Ja (Name, Geb.Datum) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind bereits eine Einrichtung besucht?**  
 Nein     Ja, welche \_\_\_\_\_
- Überstandene Krankheiten des Kindes:**  
 Masern     Mumps             Keuchhusten     Kinderlähmung     Scharlach     Röteln  
 Diphtherie     Windpocken     Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Hinweise zu Allergien, Unverträglichkeiten, Anfallsleiden, etc.:**  
\_\_\_\_\_

**Abholpflicht:** Es wird eine Abholpflicht vereinbart. Das Kind wird abgeholt von  
\_\_\_\_\_

Folgende **Betreuungszeiten** werden im Rahmen der Öffnungszeiten des Kindergarten St. Peter, Ampermoching gewünscht (**bitte ankreuzen**):

**Öffnungszeiten Kindergarten Ampermoching:**

Montag bis Freitag:            07.00 Uhr bis 17 Uhr

	ab			bis								
	7.00 Uhr	7.30 Uhr	8.00 Uhr	13.00 Uhr	13.30 Uhr	14.00 Uhr	14.30 Uhr	15.00 Uhr	15.30 Uhr	16.00 Uhr	16.30 Uhr	17.00 Uhr
Montag												
Dienstag												
Mittwoch												
Donnerstag												
Freitag												

Für die Belegung ist die durchschnittliche Buchungszeit maßgeblich:

- 4 – 5 Std.            165,00 Euro
- 5 – 6 Std.            198,00 Euro
- 6 – 7 Std.            231,00 Euro
- 7 – 8 Std.            264,00 Euro
- 8 – 9 Std.            297,00 Euro
- 9 – 10 Std.           330,00 Euro

**Die Beiträge beinhalten das Spiel- und Getränkegeld.**

**Beantragung der Geschwisterermäßigung für das jeweilig ältere Kind in derselben Einrichtung:**

Die Schwester, bzw. der Bruder \_\_\_\_\_  
besucht bereits den Kindergarten St. Peter.

**Zusatzangebot (freiwillig):**

Wir haben Interesse, dass unser Kind an folgenden Tagen am **Mittagessen** teilnehmen wird:

Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag

Folgende Pauschalbeträge werden erhoben:

1 x pro Woche	mtl. 17,45 €
2 x pro Woche	mtl. 34,89 €
3 x pro Woche	mtl. 52,34 €
4 x pro Woche	mtl. 69,78 €
5 x pro Woche	mtl. 87,23 €

**Notwendige Unterlagen für den Besuch des Kindergartens:**

- U-Heft** (gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft), **alternativ ein ärztliches Attest** über die Vollständigkeit der bisher erfolgten U- Untersuchungen wird beim ersten Kindergartenbesuch vorgezeigt.
  
- Masernimpfschutz nachgewiesen** durch Vorlage des Impfausweises.

Der Beitrag wird für jeden angefangenen Monat erhoben und entsteht erstmals mit Aufnahme des Kindes in den Kindergarten. Der monatliche Beitrag wird zu jedem 10. eines Monats im Voraus für den gesamten Monat fällig und vom angegebenen Konto des/r Erziehungsberechtigten abgebucht.

Ich / Wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger

Gemeinde Hebertshausen  
Am Weinberg 1  
85241 Hebertshausen

**Für eine gültige Anmeldung  
ist zwingend das  
vollständig ausgefüllte  
SEPA-Lastschriftmandat  
erforderlich.**

Einrichtung: \_\_\_\_\_

### **DE97ZZZ00000173211**

Gläubiger-Identifikationsnummer

\_\_\_\_\_ (wird vom System vergeben)  
Mandatsreferenz

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Kinderbetreuung von:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Gemeinde Hebertshausen, Am Weinberg 1, 85241 Hebertshausen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Hebertshausen, Am Weinberg 1, 85241 Hebertshausen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### **Zahlungspflichtige/r**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des/der Kontoinhabers/in

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Strasse und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin