

KITA „BUNTE RAPPELKISTE“
NATURGRUPPE

„GROOTE RAPPELKISTE“
KRIPPE „LÜTTE RAPPELKISTE“
DER GEMEINDE OSDORF

Anmeldung zum:	Gruppe:
Ummeldung zum:	Gruppe:

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____ U3 bis _____ Austritt _____

Geschlecht: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Vorrangige Familiensprache: _____

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten

Elternteil 1: sorgeberechtigt
alleine sorgeberechtigt (Nachweis ist vorzulegen)

Elternteil 2: sorgeberechtigt:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

derzeitige Betreuungszeiten/ Betreuungsgebühren:

es gilt die jeweils gültige Satzung der Gemeinde Osdorf für den Betrieb und die Erhebung von Benutzungsgebühren für die Kindertagesstätten der Gemeinde Osdorf. Diese finden Sie im Ortsrecht im Bürgerinformationssystem auf www.amtdw.de sowie im Aushang in den Kindertagesstätten.

U3	7:00 – 14:00 Uhr	203,00 €	<input type="checkbox"/>
	7:00 – 16:00 Uhr	261,00 €	<input type="checkbox"/>

Ü3	8:00 – 13:00 Uhr (Naturgruppe)	141,50 €	<input type="checkbox"/>
	7:00 – 14:00 Uhr	198,10 €	<input type="checkbox"/>
	7:00 – 16:00 Uhr	254,70 €	<input type="checkbox"/>

Antrag auf Geschwisterermäßigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name(n): _____		

Osdorf, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Platzzusage erfolgt am: _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

zum: _____

Unterschrift Kita-Leitung



SEPA-Lastschrift/Bankeinzugsermächtigung



Das Formular ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig (keine Kopie, kein Fax). Bitte senden Sie das Formular per Post an das

Amt Dänischer Wohld
Der Amtsdirektor
Amtskasse
Karl-Kolbe-Platz 1
24214 Gettorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000032337
Mandatsreferenz _____

Ich ermächtige das Amt Dänischer Wohld

alle wiederkehrenden Zahlungen für folgendes Kassenzeichen _____
oder nur die folgenden angekreuzten wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Dänischer Wohld auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Gültig ab: Unterzeichnung Rückwirkend gültig ab: _____

Bitte ankreuzen und benennen	Kassenzeichen oder betreffendes Grundstück
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	
<input type="checkbox"/> Schmutzwassergebühren	
<input type="checkbox"/> Niederschlagwassergebühren	
<input type="checkbox"/> Fäkalschlammgebühren	
<input type="checkbox"/> Hundesteuer	
<input type="checkbox"/> Gewerbesteuer	
<input type="checkbox"/> Miete/Pacht	
<input type="checkbox"/> Gebühren Kindergarten/Krippe	
<input type="checkbox"/> Gebühr Betreute Grundschule/OGS	
<input type="checkbox"/> Schülerbeförderungskosten	
<input type="checkbox"/>	

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.

Kontoinhaber: (ggf. alle Personen eintragen)

Name, Vorname /Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail (freiwillig)	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	DE

Zahlungspflichtiger, sofern nicht Kontoinhaber

Name, Vorname / Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail (freiwillig):	

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Unterschrift Zahlungspflichtiger