

# Kindergarten Kastorf

## Anmeldung (Kinder zwischen 2 und 3 Jahren)

Name / Geburtsdatum  
des Kindes:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer/n:

\_\_\_\_\_

Mailadresse/n:

\_\_\_\_\_

Name der Eltern bzw.  
der Sorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_

Anmeldung ab:

\_\_\_\_\_

Ich/Wir erkläre/n mit dieser Anmeldung, von den Regelungen der Kindertageseinrichtung und der Gebührensatzung des Kindergarten-Zweckverbandes Stecknitz (s. <http://kita-stecknitz.de/download/>) Kenntnis erlangt zu haben und deren Regelungen im Falle der Aufnahme meines/unseres Kindes verbindlich anzuerkennen.

Insbesondere ist mir/uns bekannt, dass mit der schriftlichen Aufnahmebestätigung das Betreuungsverhältnis zu den bestätigten Konditionen rechtswirksam wird.

Mein/Unser Kind soll zusätzlich zur verbindlichen Kernzeit (zurzeit 7.30 bis 13.00 Uhr mit einer Gebühr von 302,50 €\*) zu folgenden Zeiten betreut werden:

- Frühdienst (6.30 bis 7.00 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **27,50 €**
- Frühdienst (7.00 bis 7.30 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **27,50 €**
- Nachmittagsbetreuung (13.00 bis 15.30 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **137,50 €**
- Nachmittagsspätdienst (15.30 bis 16.30 Uhr), Gebühr zurzeit mtl. **55,00 €**

\* zzgl. Mittagessen, Monatsgebühr **60,00 €**  
(Pauschale; unabhängig von der tatsächlichen Teilnahme)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

**Die Zahlung der Gebühren soll erfolgen durch**

**Bankeinzug** (siehe unten)

**Banküberweisung** (auf das Konto der Amtskasse bei der Kreissparkasse)

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

**Bitte nicht faxen oder mailen,  
da die Originalunterschrift  
vorliegen muß !**

Amt Berkenthin  
Finanzbuchhaltung  
Am Scharf 16  
23919 Berkenthin

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Amt Berkenthin, Zahlungen von meinem u.g. Konto  
mittels Lastschrift einzuziehen für :

zum **Kassenzeichen** (siehe Bescheid): \_\_\_\_\_

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Berkenthin auf mein Konto gezogenen  
Lastschriften einzulösen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen - beginnend mit dem Belastungsdatum - die  
Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut  
vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Kreditinstitut/Bank: \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt ausfüllen! Die Nr. finden Sie auf Ihrem Kontoauszug!**

IBAN DE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen) - - - - -

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers