

Anmeldung für einen Platz in der Hortbetreuung

Teilnehmer:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____

Sorgeberechtigte/ Eltern:

Mutter : Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____

Vater: Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____

Sorgeberechtigt sind: beide:

Mutter:

Vater:

Die Aufnahme Ihres Kindes wird gewünscht ab dem: _____.

Aufgrund der Projektförderung „KitaPlus“ werden für die erweiterten Betreuungszeiten von Montag bis Freitag 6.00 – 8.00, 11.30 – 12.00 und 16.30 – 18.30 keine Betreuungskosten erhoben. Diese Zeiten sind flexibel buchbar und können auch im wöchentlichen Wechsel dem Bedarf der Familie angepasst werden (z.B. bei Schichtdienst der Eltern).

Die komplette tägliche Betreuungszeit kann nicht gebucht werden, da man somit die maximale Tagesbetreuungszeit nach dem Kita-Gesetz überschreiten würde.

An welchen Wochentagen und in welchem Zeitfenster wünschen Sie die Betreuung ihres Kindes?
Bitte kreuzen Sie die gewünschten Betreuungszeiten an!

Betreuungstage und Zeiten	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Kostenfreie Betreuungszeiten					
06.00 Uhr - 08.00 Uhr					
11.30 Uhr - 12.00 Uhr					
16:30 Uhr - 18.30 Uhr					
Kostenpflichtige Betreuungszeiten					
12:00 Uhr - 16:30 Uhr (4,5 Stunden)					

Mein/unser Kind:

geht selber nach Hause

wird von uns abgeholt

wird von _____ abgeholt.

Notfallnummern:

Unter welcher/n Telefonnummer/n können wir Sie notfalls erreichen? _____

Worauf müssen wir im Hort achten?

Ist auf chronische Erkrankungen, z. B. Allergien zu achten?: _____

Erhält ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche: _____

Was ist ggf. bei der Ernährung zu beachten? _____

Sonstiges: _____

Kosten:

Die Berechnung der kostenpflichtigen Betreuungszeiten ergibt sich wie folgt:

1 Tag à 4,5 Stunden/ Woche = 38,03 €/ Monat

5 Tage à 4,5 Stunden/ Woche = 190,10 €/ Monat

Sie haben die Möglichkeit, entsprechend der Betreuungszeiten Ihres Kindes, die Mahlzeiten gegen einen Kostenbeitrag zu buchen:

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Mahlzeit an!

Mahlzeiten: Frühstück (1,00 € / Tag) Mittagessen (2,75 € / Tag) Abendessen (1,00 € / Tag)

Hiermit ermächtige ich OLE e.V. zum Einzug des Monatsbeitrages von meinem

IBAN: __DE_____ Geldinstitut : _____

Ich verpflichte mich für ausreichende Kontodeckung zu sorgen. Bei Rücklastschriften wegen fehlender Kontodeckung übernehme ich die 3 € Rücklastschriftgebühren, die die Volksbank erhebt.

Lemförde, den _____

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten