

**Anmeldung zum Besuch einer Tageseinrichtung für Kinder
gemäß §§ 22 und 24 SGB VIII
in Verbindung mit den landesrechtlichen Ausführungsvorschriften**

Tageseinrichtung „Schwalbennest“

Groß Garz

Anschrift: Am Neubau 14, OT Groß Garz
39615 Zehrental

Telefon: 039398 / 364

Anmeldende(r) Personensorgeberechtigte(r) (Vater und Mutter):

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich / wir melde(n) mein / unser Kind

Name, Vorname _____

Geburtsdatum:

zum Besuch in der o.g. Tageseinrichtung an, und zwar

für eine tägliche Betreuungszeit von Stunden

Begründung für einen Anspruch über 8 Betreuungsstunden gemäß § 3 Abs. 4 KiFöG LSA

- Erwerbstätigkeit/Selbstständigkeit Ausbildung, Fortbildung oder Studium
 Umschulung Pflege von Familienangehörigen
 andere familiäre Gründe _____

zum nächstmöglichen Termin ab dem (Datum) _____

Eingewöhnungszeit

2 Wochen (ab 15.d. Monats) 4 Wochen
ab dem _____

**Mit meiner / unserer Unterschrift erkenne(n) ich / wir die Satzungen der
Verbandsgemeinde Seehausen (Altmark) an.**

(Satzung zur Aufnahme und den Besuch von Kindern in den Tageseinrichtungen und die
Kostenbeitragssatzung für die Tageseinrichtungen der Verbandsgemeinde Seehausen (Altmark))

Datum _____

Unterschrift (Vater, Mutter)

