



**Anmeldung Einrichtung: ASB-KiTa Isseroda, Lindenweg 07, 99428 Isseroda**

**1. Angaben zum Kind:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

**2. Datum Aufnahmewunsch (zum 1. oder 15. des Monats):** \_\_\_\_\_

**3. Betreuungsumfang** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- bis 6 Stunden täglich (Abholung muss nach dem Mittagessen erfolgen)
- über 6 Stunden täglich

**4. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:**

Name, Vorname	Wohnanschrift (Str., PLZ, Ort)	Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)

**5. Angaben zu Geschwistern in der KiTa:**

Name, Vorname	Geburtsdatum

**6. Ausübung Wunsch- und Wahlrecht**

**6.a. Bestätigung der Wohnsitzgemeinde zur Zahlung der Betriebskosten (ThürKiTaG § 18 (6))**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Bemerkungen)

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Name in Blockschrift, Unterschrift) Stempel der Wohnsitzgemeinde

**6.b. Bestätigung der Kindertagesstätte *außerhalb* der Wohnsitzgemeinde**

Hiermit wird bestätigt, dass das Kind \_\_\_\_\_

seit dem \_\_\_\_\_ unsere Einrichtung besucht.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Name in Blockschrift, Unterschrift) Stempel der Kindertagesstätte

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)



## 7. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/wir den ASB Regionalverband Mittelthüringen e. V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden fälligen Rechnungsbeträge - resultierend aus Betreuungsgebühren und Verpflegungsgeld - (*nicht Zutreffendes bitte streichen*) für mein Kind:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

zu Lasten meines/unseres nachfolgend genannten Kontos bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen.

Weist mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Bei Nichteinlösung von Lastschriften werden dem Kontoinhaber die entstandenen Bearbeitungskosten des betreffenden Kreditinstitutes belastet.

Diese Einzugsermächtigung gilt für alle fälligen Rechnungsbeträge, die sich aus dem Betreuungsverhältnis des Kindes in der Kindertagesstätte ergeben.

Eine Änderung der Bankverbindung ist dem ASB Regionalverband Mittelthüringen e. V. rechtzeitig vor Fälligkeit mitzuteilen.

Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einzugsermächtigungen sind gültig.

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Kontonummer:** \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**SWIFT BIC:** \_\_\_\_\_

**Bankinstitut:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s)

**Bearbeitungsvermerke**  
**Finanzbuchhaltung:**

Debitoren-Nr.:

erfasst am:

durch: