



Anmeldeformular Tagesbetreuung St. Pantaleon-Erla

Name des Kindes:

Geb. Datum des Kindes:

Name der Eltern

Wohnhaft in:

.....

Telefonnummer d. Eltern:

Bitte ankreuzen	Wochentag	Betreuungszeit von 7.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen
<input type="checkbox"/>	Montag		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dienstag		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mittwoch		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Donnerstag		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Freitag		<input type="checkbox"/>

Hiermit melde ich mein Kind **verbindlich** für die oben angeführten Betreuungszeiten in der Tagesbetreuungseinrichtung der Gemeinde St. Pantaleon-Erla an.

Mit der Unterschrift erkenne ich die Bedingungen der TBE-Ordnung und die von der Gemeinde aktuell festgesetzten Betreuungsbeiträge an.

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: