

ABiD Sachsen e. V.
Scheffelstraße 3
09496 Marienberg

Änderungsmeldung zum Betreuungsvertrag Kindertagesstätte „Flachsröste“

☞ Bitte füllen Sie nur die zutreffenden Punkte aus und kreuzen Sie entsprechend an.

1. Angaben zum Kind

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

2. Änderung der Anschrift (nur bei Umzug)

Neue Anschrift: _____

Datum der Ummeldung: _____

3. Namensänderung (falls zutreffend)

Kind:

Name	Vorname	Neuer Name

Personensorgeberechtigte:

Name	Vorname	Neuer Name

4. Familienstand

Alleinerziehend: Ja Nein

☞ Bitte zusätzlich die Anlage „Familienstand“ ausfüllen und einreichen.

5. Betreuungszeit

Kindergarten / Krippe:

- bis 9 Stunden täglich
- bis 6 Stunden täglich
- bis 4,5 Stunden täglich

Hort:

- bis 6 Stunden täglich
- bis 4 Stunden täglich

☞ Änderungen der Betreuungszeit sind schriftlich anzuzeigen und werden zum 1. des übernächsten Monats wirksam. Eine rückwirkende Änderung ist ausgeschlossen.

6. Weitere betreute Kinder (für Beitragsberechnung relevant)

Name/Vorname	Geburtsdatum	Einrichtung	Betreuung bis (Monat/Jahr)

☞ Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen.

☞ Bei verspäteter Meldung kann ein gewährter Beitragsnachlass zurückgefordert werden.

7. Zahlungsweise der Elternbeiträge

- Überweisung (Zahlungseingang bis spätestens 15. des Monats)
- Lastschriftverfahren

Bei Lastschrift bitte ausfüllen:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich den ABiD Sachsen e. V., die monatlichen Beiträge bis auf Widerruf von meinem Konto einzuziehen.

Gültig ab: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

☞ Änderungen werden jeweils zum Folgemonat wirksam und müssen bis spätestens zum 25. des laufenden Monats vorliegen.

8. Hinweis zur Masernschutzpflicht

Gemäß dem **Masernschutzgesetz (seit 01.03.2020)** ist für Kinder ab Vollendung des 2. Lebensjahres ein ausreichender Impfschutz nachzuweisen.

☞ *Bei fehlendem Nachweis behalten wir uns eine außerordentliche Kündigung des Betreuungsvertrages vor.*

9. Wirksamkeit der Änderung

Monat/Jahr: _____

10. Bestätigung

Hiermit bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Personensorgeberechtigte: