

**Betreuungsdaten** (ab: 01.08.2017)**1.) Betreuungszeiten für \_\_\_\_\_**  
(Name des Kindes)

Bitte markieren Sie Ihre Auswahl in der letzten Spalte. (Sollten Sie die Markierung versehentlich falsch gesetzt haben, so kreisen Sie diese ein und markieren Ihre neue Auswahl.) Wechsel im Laufe des Kindergartenjahres sind nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Übermittagskapazitäten möglich.

<b>Variante I*</b>	bis <b>35</b> Stunden <u>wöchentliche</u> Betreuungszeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Montag bis Freitag</b> <b>jeden Vormittag von</b> <b>07:30 – 12:30 Uhr</b> inkl. Frühstück</li>   <li style="text-align: center;"><u>und</u></li>   <li>• <b>Montag bis Freitag</b> <b>jeden Nachmittag von</b> <b>14:00 – 16:00 Uhr</b> Teilnahme an AG's, Ausflügen, etc. Sonderprogramme</li> </ul>	
<b>Variante II*</b>	bis <b>45</b> Stunden <u>wöchentliche</u> Betreuungszeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Montag bis Donnerstag</b> <b>von 07:00 – 16:30 Uhr</b> inkl. Frühstück und Mittagessen, Teilnahme an AG's, Ausflügen, etc. Sonderprogramme</li>   <li style="text-align: center;"><u>und</u></li>   <li>• <b>Freitag</b> <b>von 07:00 – 14:00 Uhr</b> inkl. Frühstück und Mittagessen, Teilnahme an AG's, Ausflügen, etc. Sonderprogramme</li> </ul>	

\* bei der Auswahl/Zuteilung der Essenstage werden Berufstätige unter Berücksichtigung der Kapazitäten bevorzugt!

## 2.) Kostenbeiträge

Der Kostenbeitrag gem. Punkt 8 der Anlage 2 beträgt derzeit für:

- Vereinsbeitrag (pro Kalenderjahr) 50,00 €

Die folgenden Essensbeiträge werden monatlich in Form einer Pauschale abgerechnet:

- Monatlicher Essensbeitrag bei 5x Essen in der Woche 68,50 €
- Monatlicher Essensbeitrag bei 4x Essen in der Woche 57,00 €
- Monatlicher Essensbeitrag bei 3x Essen in der Woche 45,50 €
- Monatlicher Essensbeitrag bei Frühstück und Imbiss (ohne Mittagessen) 16,00 €

## 3.) Notfallregelung

In dringenden Fällen können bei Nichterreichen der Sorgeberechtigten die nachfolgend genannten Personen benachrichtigt werden:

Name: ..... Tel.Nr. ....

Name: ..... Tel.Nr.: .....

Im Bedarfsfall kann der folgende Arzt / die folgende Ärztin, im Notfall auch jede/r andere Ärztin/Arzt konsultiert werden:

Name: ..... Tel.Nr.: .....

Krankenkasse des Kindes: .....