



**Kindertagesstätte Regenbogen,
Wachenrother Weg 7, 91315 Höchstädt a. d. Aisch**



Änderungsbuchungsbeleg für Kinder im Kindergartenjahr 2023/2024

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Bearbeitungsvermerke
 Kinder-ID _____
 Vorschulkind ja nein

Die Kernzeit ist von 08:30 bis 12:30 Uhr.

Anwesenheit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
von (Uhrzeit)							
bis (Uhrzeit)						Wochen- Stunden	Summe Wochen- stunden : 5
Summe Std.							

Die Änderung erfolgt ab (1. Dezember, 1. März, 1. Juni)

tägliche Buchungszeit	Gebührensatz pro Monat in Euro	Bitte ankreuzen
mehr als 3 bis 4 Stunden	111,00 €	
mehr als 4 bis 5 Stunden	122,00 €	
mehr als 5 bis 6 Stunden	134,00 €	
mehr als 6 bis 7 Stunden	145,00 €	
mehr als 7 bis 8 Stunden	156,00 €	
mehr als 8 bis 9 Stunden	168,00 €	
mehr als 9 bis 10 Stunden	179,00 €	

Geschwisterermäßigung ja nein Geschwisterkind:

Schließtage, Urlaubs- und Krankheitszeiten des Kindes bleiben unberücksichtigt.

Ich/Wir bestätige/n die eingetragene Buchung.
 Unterschreitet die tatsächliche Betreuungszeit die gebuchte, besteht kein Anspruch auf Rückzahlung von Gebühren.

Das Kind erhält den Gewichtungsfaktor für

- Regelkind
- Kinder mit Migrationshintergrund
- Eingliederungshilfe (z. B. Frühförderung)

Verpflegung:

Frühstück (16 € pro Monat)

- gebucht
- nicht gebucht

Brotzeit (16 € pro Monat)

- gebucht
- nicht gebucht

Bitte zutreffendes Ankreuzen.

Das Kind darf aus gesundheitlichen, religiösen und/oder sonstigen Gründen folgende Lebensmittel nicht essen:

Gebuchtes **Essen**, das von der Kindertagesstätte bezogen wird, ist im darauffolgenden Monat zu erstatten. Sie erhalten hierzu eine Rechnung.

Getränke:

5,50 € pro Monat

Lehr-, Projekt- und sonstige Verfügungsmittel:

8,00 € pro Monat

Es gelten die Bestimmungen der Satzung für die Kindertageseinrichtungen der Stadt Höchststadt a.d.Aisch (Kindertageseinrichtungssatzung – KitaS) sowie die Gebührensatzung für die Kindertageseinrichtungen der Stadt Höchststadt a.d.Aisch (KindertageseinrichtungsGebS – KitaGebS).

Zusammenarbeit mit Fachdiensten

Das Kind erhält eine Förderung bzw. Therapie durch folgende Fachdienste:

Name von Fachdiensten bitte mit Telefonnummer eintragen.

Ich/Wir teile/n sich ergebende für diesen Buchungsbeleg entscheidende Änderungen sofort mit und bin/sind damit einverstanden, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten