



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



Änderungsbuchungsbeleg für Kinder im Krippenjahr 2023/2024

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Bearbeitungsvermerke
Kinder-ID _____

Die Kernzeit ist von 08:30 bis 12:00 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	192,00 €	
mehr als 4 bis 5 Stunden	228,00 €	
mehr als 5 bis 6 Stunden	264,00 €	
mehr als 6 bis 7 Stunden	300,00 €	
mehr als 7 bis 8 Stunden	330,00 €	
mehr als 8 bis 9 Stunden	360,00 €	
mehr als 9 bis 10 Stunden	384,00 €	

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 (14,00 € pro Monat)**
- gebucht
- nicht gebucht

- Brotzeit (14,00 € pro Monat)**
- gebucht
- nicht gebucht

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: **4,00 € pro Monat**

Lehr-, Projekt- und sonstige Verfügungsmittel: **6,00 € 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