



Buchungsbeleg

Anlage 2 zum Betreuungsvertrag

GK	I	M
----	---	---



BRK Kindergarten St. Nikolaus
Deutschneudorfer Str. 28, 93176 Beratzhausen
Tel.: 09493 – 95 19 700
kinderhaus-stnikolaus@kvregensburg.brk.de

Vorname des Kindes:

Nachname des Kindes:

Dieser Buchungsbeleg ist Bestandteil des Betreuungsvertrages vom:

Bei Veränderungen der Betreuungszeit bzw. des Betreuungsbedarfs im Laufe des Jahres sind die Buchungen entsprechend anzupassen. Schließtage, Urlaubs- und Krankheitszeiten des Kindes bleiben dabei unberücksichtigt. Bei unterschiedlichen Betreuungszeiten während der Woche können Wochendurchschnitte gebildet werden.

Die Fristen für Umbuchungen sind im Betreuungsvertrag festgelegt (**6. Buchungszeit und Kernzeit**)

Angaben zum Kind und zur Familie:

Vor- und Zuname des Kindes:

Geburtsdatum: Geburtsort/-land:

Das Kind spricht deutsch: ja teilweise nein

Liegt eine amtliche Bestätigung einer Behinderung vor? ja nein

Personensorgeberechtigte/r:

1. Personensorgeberechtigte/r

2. Personensorgeberechtigte/r

Name:

Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Herkunftsland:

Staatsangehörigkeit:

Nichtdeutschsprachiger Herkunft: Ja Nein Ja Nein

Entsprechender Nachweis liegt vor: Ja Nein Ja Nein

Buchungszeit ab:

Anwesenheit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Std./Woche
von – bis (Uhrzeit)						
Summe Std.						
Mittagessen	<input checked="" type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein	

Ich/wir bestätigen, die Angaben nach bestem Gewissen gemacht zu haben. Ich/wir bestätigen die eingetragene Buchung. Ich/wir haben die Pflicht, Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum:

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r:

Unterschrift Einrichtungsleitung

1. Änderung der Buchungszeit ab:

Anwesenheit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Std./Woche
von – bis (Uhrzeit)						
Summe Std.						
Mittagessen	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Ich/wir bestätigen, die Angaben nach bestem Gewissen gemacht zu haben. Ich/wir bestätigen die eingetragene Buchung. Ich/wir haben die Pflicht, Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum:

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Einrichtungsleitung

2. Änderung der Buchungszeit ab:

Anwesenheit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Std./Woche
von – bis (Uhrzeit)						
Summe Std.						
Mittagessen	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Ich/wir bestätigen, die Angaben nach bestem Gewissen gemacht zu haben. Ich/wir bestätigen die eingetragene Buchung. Ich/wir haben die Pflicht, Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum:

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Einrichtungsleitung

3. Änderung der Buchungszeit ab:

Anwesenheit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Std./Woche
von – bis (Uhrzeit)						
Summe Std.						
Mittagessen	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Ich/wir bestätigen, die Angaben nach bestem Gewissen gemacht zu haben. Ich/wir bestätigen die eingetragene Buchung. Ich/wir haben die Pflicht, Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum:

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Einrichtungsleitung