

Bürgermeisteramt  
- Finanzverwaltung -  
Obere Seestr. 1  
88085 Langenargen

Telefon: 07543/9330-27  
Telefax: 07543/933055-27  
E-Mail: palinkas@langenargen.de

Wir speichern und verarbeiten Ihre Daten nach der Datenschutzgrundverordnung. Ihre Betroffenenrechte entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unserer Homepage unter [www.langenargen.de](http://www.langenargen.de)

## Aufnahmebogen Kleinkindbetreuung U3

Aufnahme am: \_\_\_\_\_

<b>Gruppe gelb (GT):</b> <input type="checkbox"/> 45 Std./Woche	<b>Gruppe rosa (VÖ+):</b> <input type="checkbox"/> 35 Std./Woche
<b>Gruppe orange (VÖ):</b> <input type="checkbox"/> 30 Std./Woche	<b>Gruppe rot (VÖ):</b> <input type="checkbox"/> 30 Std./Woche
<b>Gruppe lila (VÖ):</b> <input type="checkbox"/> 30 Std./Woche	<b>Gruppe grün (HT):</b> <input type="checkbox"/> 20 Std./Woche
<b>Gruppe Blau (VÖ3):</b> <input type="checkbox"/> 18 Std./Woche	<b>Gruppe türkis (VÖ+)</b> <input type="checkbox"/> 35 Std./Woche

### Angaben über das Kind

Name, Vorname			
Geb. am, in	Konfession	Geschlecht Junge <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit

### Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name, Vorname der Mutter		
Beruf*	Konfession*	Staatsangehörigkeit*
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort	Telefon
Arbeitsstätte*		Telefon
Name, Vorname des Vaters		
Beruf*	Konfession*	Staatsangehörigkeit*
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort	Telefon
Arbeitsstätte*		Telefon

\* Die Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

### In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort	Telefon
Sonstige Angaben		

### Hausarzt des Kindes

Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort	Telefon
Krankenkasse	Name unter dem das Kind mitversichert ist	

### Geschwister

Anzahl der Kinder unter 18 Jahren, die nicht nur vorübergehend im Haushalt des Gebührenschuldners leben.	
Vorname	Geb. am
Vorname	Geb. am
Vorname	Geb. am
Vorname	Geb. am
Vorname	Geb. am

Ort, Datum	Unterschrift Personensorgeberechtigte/r
	Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

\* Die Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

SEPA-Basislastschriftmandat  
Gemeinde Langenargen  
Obere Seestr.1  
88085 Langenargen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000400270

Mandatsreferenz	
-----------------	--

(bisher: Buchungszeichen)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Langenargen am Bodensee.

Einmalig eine Zahlung

Wiederkehrende Zahlungen    x

Von meinem(unseren) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Langenargen auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Beitrag wird zum 1. eines Monats eingezogen.

Zahlungspflichtiger : (Kontoinhaber)

Name, Vorname/Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

DE

Ort/Datum

Unterschriften/en

Bitte nur im Original zurückgeben: nicht per FAX oder Mail

Für jede Einnahmeart (z.B. Grundsteuer, Hundesteuer, etc) ist eine separate Einzugsermächtigung einzureichen