

## Anmeldung für die Kindergärten „St. Elisabeth“ und „St. Martin“

Mein / unser Kind \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes) (Geburtsdatum)

soll ab \_\_\_\_\_ folgenden Kindergarten in Hösbach besuchen:

**Katholischer Kindergarten „St. Elisabeth“**, Brunnenstraße 40, 63738 Hösbach  
 Telefon: 5 24 77 Träger: St. Michaelverein Hösbach

**Katholischer Kindergarten „St. Martin“**, Kirchenstraße 35, 63768 Hösbach  
 Telefon: 5 38 72 Träger: St. Michaelverein Hösbach



**Wichtig!!!** Geben Sie bitte die Reihenfolge Ihrer Kindergartenauswahl mit 1; 2 oder 3 an. Sie erleichtern den Einrichtungsträgern damit die Belegung der Einrichtungen!

**Bitte beachten:** Diese Anmeldung ist unverbindlich. Mit dieser Anmeldung ist auch keine Zusage für einen Kindergartenplatz in der von Ihnen gewünschten Einrichtung verbunden. Wir bemühen uns Ihnen baldmöglichst mitzuteilen, ob der jeweilige Einrichtungsträger Ihrem Wunsch entsprechen kann.

Ich / Wir benötige(n) für mein / unser Kind voraussichtlich folgende Betreuungszeiten

**(bitte beachten Sie, dass die wöchentliche Mindestbuchungszeit für Kindergartenkinder 20 Stunden beträgt, Kernzeit 08:45 Uhr bis 12:30 Uhr):**

Tag	Vormittag		Mittag		Nachmittag		Gesamt
	von	bis	von	bis	von	bis	
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
<b>Wöchentliche Gesamt-Betreuungszeit:</b>							

**Elternbeitrag bei  
einerdurchschnittlichen täglichen  
Buchungszeit von**

<b>Durchschnittliche Tagesstunden:</b> Gesamt-Wochenstunden geteilt durch 5 Tage	
<b>Monatlicher Elternbeitrag:</b> Ohne Verpflegung	

### Beitrag ab 3 Jahren

= 4 Stunden	100,00 € / mtl.	Frei
> 4 – 5 Stunden	110,00 € / mtl.	10 € Elternbeitrag
> 5 – 6 Stunden	120,00 € / mtl.	20 € Elternbeitrag
> 6 – 7 Stunden	130,00 € / mtl.	30 € Elternbeitrag
> 7 – 8 Stunden	140,00 € / mtl.	40 € Elternbeitrag
> 8 – 9 Stunden	150,00 € / mtl.	50 € Elternbeitrag
> 9 Stunden	160,00 € / mtl.	60 € Elternbeitrag

**Ergänzende Angaben zum Kind: Krankheiten, Allergien:**

---

---

**Das Kind erhält Eingliederungshilfe gemäß <sup>3</sup> 53 SGB XII:** Ja  Nein   
(Wenn „Ja“, ist ein Nachweis erforderlich)

**Geschwisterkind mit Anspruch auf Beitragsermäßigung:** Ja  Nein

**Angaben zu den Personensorgeberechtigten:**

**Mutter:**

\_\_\_\_\_  
(Familienname, Geburtsname) (Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Wohnanschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon) (Handy)

\_\_\_\_\_  
(Emailadresse)

\_\_\_\_\_  
(Herkunftsland, wenn nicht Deutschland) Angabe erforderlich für Förderung

**Vater:**

\_\_\_\_\_  
(Familienname, Geburtsname) (Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Wohnanschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon) (Handy)

\_\_\_\_\_  
(Emailadresse)

\_\_\_\_\_  
(Herkunftsland, wenn nicht Deutschland) Angabe erforderlich für Förderung

Mir / uns ist bekannt, dass vor der Aufnahme des Kindes in die von mir / uns gewählte Einrichtung ein schriftlicher Betreuungsvertrag zwischen dem jeweiligen Einrichtungsträger und dem / den Personensorgeberechtigten abgeschlossen werden muss.

**Hösbach, den** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten)