



Fachbereich Kultur und Bildung
Fachbereichsdienste
4.041.32 Entgeltermäßigung Kindertagesbetreuung
Kronsforder Allee 2-6
23539 Lübeck

Hansestadt Lübeck
www.luebeck.de
info@luebeck.de
(0451) 115

Antrag auf Geschwisterermäßigung in Kindertagesstätten für das Kita-Jahr /

Antragstellende Person (Elternteil)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der nachstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Kind 1 (jüngstes Kind)

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Name der Kindertagesstätte

Antrag gilt für die Betreuung ab

Bestätigung der Kindertagesstätte (von der Kita zu bestätigen)

Tägliche Betreuungszeit _____ Stunden

Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Verpflegung)

Datum

Unterschrift und Stempel der Kindertagesstätte



Kind 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name der Kita / Kindertagespflege / offene Ganztagschule

Antrag gilt für die Betreuung ab

Bestätigung der Kindertagesstätte oder Kindertagespflege (von der Kita oder vom Verbund Kindertagespflege zu bestätigen)

Tägliche Betreuungszeit _____ Stunden

Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Verpflegung)

Bestätigung der Schulkindbetreuung

An _____ Nachmittagen pro Woche Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Abzug jeglicher Ermäßigungen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift und Stempel von Kita / Verbund Kindertagespflege / offene Ganztagschule

Kind 3

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name der Kita / Kindertagespflege / offene Ganztagschule

Antrag gilt für die Betreuung ab

Bestätigung der Kindertagesstätte oder Kindertagespflege (von der Kita oder vom Verbund Kindertagespflege zu bestätigen)

Tägliche Betreuungszeit _____ Stunden

Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Verpflegung)

Bestätigung der Schulkindbetreuung

An _____ Nachmittagen pro Woche Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Abzug jeglicher Ermäßigungen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift und Stempel von Kita / Verbund Kindertagespflege / offene Ganztagschule

Kind 4

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name der Kita / Kindertagespflege / offene Ganztagschule

Antrag gilt für die Betreuung ab

Bestätigung der Kindertagesstätte oder Kindertagespflege (von der Kita oder vom Verbund Kindertagespflege zu bestätigen)

Tägliche Betreuungszeit _____ Stunden

Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Verpflegung)

Bestätigung der Schulkindbetreuung

An _____ Nachmittagen pro Woche Monatliche Betreuungskosten _____ Euro (ohne Abzug jeglicher Ermäßigungen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift und Stempel von Kita / Verbund Kindertagespflege / offene Ganztagschule

Informationen zum Datenschutz

Ich komme meiner Informationspflicht nach Artikel 12 der Datenschutzgrundverordnung nach. Bitte informieren Sie sich im Internet unter: www.bekanntmachungen.luebeck.de/dokumente/d/1394

Sollte Ihnen kein Internetzugang zur Verfügung stehen, bin ich gerne bereit, Ihnen das Informationsblatt auf anderem Wege zukommen zu lassen.