



Antrag auf Geschwisterermäßigung für Kinder in Tagespflegebetreuung

gemäß § 7 Kindertagesförderungsgesetz (KiTaG) i.V.m. der Satzung des Kreises Stormarn für eine Sozialstaffel für die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuungen

Name, Vorname der Kindertagespflegeperson	
--	--

Name, Vorname des Kindes	
---------------------------------	--

Geschwister in Betreuung	Geschwisterkind 1	Geschwisterkind 2	Geschwisterkind 3
Name			
Vorname/n			
Geburtsdatum			
Meldeadresse			
besuchte Kita/Hort/ Tagespflege/OGS			
Betreuung ab			
Gebührenbescheid beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird versichert.

Die Satzung des Kreises Stormarn zur Förderung von Kindern in Tagespflege sowie die Satzung für eine Sozialstaffel für die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuungen können Sie im Internet einsehen:

www.kreis-stormarn.de/kreis/fachbereiche/jugend-und-schule/familie-und-schule/index.html

--	--

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 1

--	--

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 2