

**BETREUUNGSVERTRAG FÜR FERIENKINDER
IM KINDERGARTEN ST. VITUS HIRSCHAID**



Kind:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Wohnort: _____

Name des Hausarztes: _____ Tel.: _____

Allergien: _____ Ärztliches Attest vom: _____

Mutter:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Wohnort: _____ Tel.: _____

Vater:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Wohnort: _____ Tel.: _____

Buchungszeiten für einen Tag

Von 8.00- 14.00 Uhr: 5.-- €

Von 8.00- 16.00Uhr: 7.-- €

Datum	Unterschrift	Beitrag erh.	Datum	Unterschrift	Beitrag erh.

Buchungszeiten für eine Woche

Von 8.00- 14.00 Uhr: 20.-- €

Von 8.00- 16.00Uhr: 30.-- €

Datum von/ bis	Unterschrift	Beitrag erh.	Datum von/ bis	Unterschrift	Beitrag erh.

Datum und Unterschrift: _____