

Kinderhaus St. Leonhard  
Friedhofstraße 2 a  
93142 Maxhütte-Leonberg  
09471/21023  
[kiga-leonhard@gmx.de](mailto:kiga-leonhard@gmx.de)



# Herzlich willkommen im Kinderhaus

## „St.Leonhard“

Unterlagen für den Bildungs- und Betreuungsvertrag



## Persönliche Angaben des Kindes und der Eltern

Bei den mit \*) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um gesondert erbetene freiwillige Angaben.

### Angaben zum Kind:

|                                                                                                                    |                                                                         |                   |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Name                                                                                                               |                                                                         | Vorname(n)        |                        |
| Straße und Nr.                                                                                                     |                                                                         |                   |                        |
| PLZ / Wohnort                                                                                                      |                                                                         |                   |                        |
| ggf. Ortsteil                                                                                                      |                                                                         |                   |                        |
| Pol. Gemeinde                                                                                                      |                                                                         |                   |                        |
| Telefon                                                                                                            |                                                                         |                   |                        |
| Geburtsdatum                                                                                                       |                                                                         | Geburtsort / Land |                        |
| Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>                                                   | Konfession                                                              |                   |                        |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                |                                                                         |                   |                        |
| Welche Sprache spricht das Kind?                                                                                   |                                                                         |                   |                        |
| Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    |                                                                         |                   |                        |
| Wenn ja, welche?                                                                                                   |                                                                         |                   |                        |
| Vorname und Geburtsdatum der Geschwister *)                                                                        |                                                                         |                   | Weitere Geschwister *) |
| 1.                                                                                                                 | geb. am                                                                 |                   |                        |
| 2.                                                                                                                 | geb. am                                                                 |                   |                        |
| 3.                                                                                                                 | geb. am                                                                 |                   |                        |
| Hausarzt des Kindes, der im Bedarfsfall konsultiert werden kann – im Notfall auch jeder andere Arzt                |                                                                         |                   |                        |
| Name                                                                                                               |                                                                         | Telefon           |                        |
| Anschrift                                                                                                          |                                                                         |                   |                        |
| Name der Krankenkasse/Krankenversicherung                                                                          |                                                                         |                   |                        |
| Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit oder Konstitution des Kindes (z.B. Allergien, chronische Krankheiten, etc.) |                                                                         |                   |                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | Nachweis Impfberatung gem. §34 Abs.10a IfSG erbracht                    |                   | Impfstatus Tetanus *)  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | Für das Kind besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe §53 Abs.1 SGB XII |                   |                        |
| Sonstige Bemerkungen: z. B. Sorgerecht, wenn nicht beide Elternteile sorgeberechtigt                               |                                                                         |                   |                        |
| <b>Eltern</b>                                                                                                      |                                                                         |                   |                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                           | Nachweis Früherkennungsuntersuchung erbracht                            |                   |                        |
| Das Kind soll vorzeitig eingeschult werden                                                                         |                                                                         |                   |                        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt              |                                                                         |                   |                        |
| Das Kind ist von der Aufnahme in die Grundschule nach Art.37 Abs.2 BayEUG zurückgestellt                           |                                                                         |                   |                        |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt              |                                                                         |                   |                        |

**Angabe zu den Eltern (Personenberechtigten)**

|                     | <b>Personenberechtigte /<br/>Mutter</b> | <b>Personenberechtigte /<br/>Vater</b> |
|---------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Name                |                                         |                                        |
| Vorname             |                                         |                                        |
| Titel               |                                         |                                        |
| Straße und Nr.      |                                         |                                        |
| PLZ / Wohnort       |                                         |                                        |
| ggf. Ortsteil       |                                         |                                        |
| Telefon             |                                         |                                        |
| Fax *)              |                                         |                                        |
| Telefon dienstlich  |                                         |                                        |
| Mobilfunknummer     |                                         |                                        |
| E-Mail *)           |                                         |                                        |
| Beruf *)            |                                         |                                        |
| Staatsangehörigkeit |                                         |                                        |
| Geburtsland         |                                         |                                        |
| Geburtsdatum *)     |                                         |                                        |

Bei den mit \*) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um gesondert erbetene freiwillige Angaben.

**Neben den oben genannten Personenberechtigten sind zur Abholung des Kindes berechtigt:**

(Bitte zu jeder Person den vollständigen Namen, Telefonnummer(n) und ggf. Adresse angeben)

|  |
|--|
|  |
|--|

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Eltern / Personenberechtigte

# Buchungsbeleg für das Kindergartenjahr 2025/26

ID: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_

Name/Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Buchung bzw. Änderung

Gültig ab: \_\_\_\_\_

| Zeit                              | Montag    | Dienstag  | Mittwoch | Donnerstag | Freitag  | Kosten         |
|-----------------------------------|-----------|-----------|----------|------------|----------|----------------|
| 7:00 - 7:30                       |           |           |          |            |          |                |
| 7:30 - 8:30                       |           |           |          |            |          |                |
| <b>8:15 - 12:45</b>               | <b>KE</b> | <b>RN</b> | <b>Z</b> | <b>EI</b>  | <b>T</b> | <b>135,00€</b> |
| 12:30 - 13.30                     |           |           |          |            |          |                |
| 13.30 - 14.30                     |           |           |          | 14.30Uhr   | 14.30Uhr |                |
| 14:30 - 15:30                     |           |           | 15.30Uhr |            |          |                |
| 15.30 - 16:00                     |           |           |          |            |          |                |
| Essen je Tag<br>pro Woche         |           |           |          |            |          | 15,00€         |
| Spiel- und Getränkegeld pro Monat |           |           |          |            |          | 10,00€         |

## Bei Mischbuchungen:

Stunden insgesamt: \_\_\_\_\_ :5Wochentage= \_\_\_\_\_

Monatsbeitrag von: \_\_\_\_\_ +10€ Spiel- und Getränke= \_\_\_\_\_

| täglich | 4 bis 5<br>Stunden | 5 bis 6<br>Stunden | 6 bis 7<br>Stunden | 7 bis 8<br>Stunden | 8 bis 9<br>Stunden | 9 bis 10<br>Stunden |
|---------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| gebucht |                    |                    |                    |                    |                    |                     |
| Beitrag | 135,00€            | 150,00€            | 165,00€            | 180,00€            | 190,00€            | 200,00€             |

## Kontoverbindung:

|       |  |
|-------|--|
| Bank: |  |
| IBAN: |  |

Ich bestätige die Beitragsvereinbarung:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift **beider** Eltern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Buchungsbeleg für das Kinderkrippenjahr 2025/26

ID:\_\_\_\_\_MR:\_\_\_\_\_

Name/Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Buchung bzw. Änderung

Gültig ab:\_\_\_\_\_

| Zeit                              | Montag                  | Dienstag               | Mittwoch                | Donnerstag                        | Freitag                  | Kosten         |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|
| 7:00 - 7:30                       |                         |                        |                         |                                   |                          |                |
| 7:30 - 8:30                       |                         |                        |                         |                                   |                          |                |
| <b>8:30 - 12:30</b>               | <b>KE</b><br>Bring- und | <b>RN</b><br>Abholzeit | <b>Z</b><br>wird in die | <b>EI</b><br>Buchungs-<br>stunden | <b>T</b><br>eingerechnet | <b>205,00€</b> |
| 12:30 - 13.45                     | <b>SCH</b>              | <b>LAF</b>             | <b>ENS</b>              | <b>ZE</b>                         | <b>IT</b>                |                |
| 13.30 - 14.30                     |                         |                        |                         |                                   |                          |                |
| Essen je Tag<br>pro Woche         |                         |                        |                         |                                   |                          | 15,00€         |
| Spiel- und Getränkegeld pro Monat |                         |                        |                         |                                   |                          | 10,00€         |

## Bei Mischbuchungen:

Stunden insgesamt: \_\_\_\_\_:5Wochentage= \_\_\_\_\_

Monatsbeitrag von: \_\_\_\_\_ +10€ Spiel- und Getränke= \_\_\_\_\_

| täglich | 4 bis 5<br>Stunden | 5 bis 6<br>Stunden | 6 bis 7<br>Stunden | 7 bis 8<br>Stunden | 8 bis 9<br>Stunden | 9 bis 10<br>Stunden |
|---------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| gebucht |                    |                    |                    |                    |                    |                     |
| Beitrag | 205,00€            | 215,00€            | 235,00€            | 255,00€            | 275,00€            | 290,00€             |

## Kontoverbindung:

|       |  |
|-------|--|
| Bank: |  |
| IBAN: |  |

Ich bestätige die Beitragsvereinbarung:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift **beider** Eltern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_