

# BETREUUNGSVEREINBARUNG

für die

## Krabbelgruppe der Marktgemeinde Altenmarkt im Pongau

5541 Altenmarkt, Michael-Walchhofer-Straße 8, Tel. 06452 7331, Email: kindergarten@altenmarkt.at

Vor- und Zuname des Kindes:                      Geburtsdatum:                      Adresse:

Anwesenheitszeit des Kindes:

Gesamtstundenzahl/Woche:

Montag von                      bis  
Dienstag von                      bis                      Donnerstag von                      bis  
Mittwoch von                      bis                      Freitag von                      bis

Monatlicher Elternbeitrag:

Art der Betreuung\*):

1-3 Jahre:

- Vollbetreuung: 31 - 40 Std.\*\*)  
 3/4 - Betreuung; 21 - 30 Std.  
 1/2 - Betreuung: bis 20 Std.

€ 163,67  
€ 116,47  
€ 81,83

\*) Gewünschte Betreuung bitte ankreuzen

\*\*\*) Wöchentliche Betreuungszeit (ein Überschreiten der vereinbarten Betreuungszeit führt zur höheren Einstufung)

Betreuungsbeginn:

Betreuungsende:

Name und Telefon der/des Erziehungsberechtigten:

Mutter:

Vater:

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich für die oben stehend vereinbarte Betreuungszeit im Kindergarten der Marktgemeinde Altenmarkt an. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Anmeldung für das ganze Jahr erfolgt. Die Betreuungsvereinbarung wird bei Gegenzeichnung durch die Marktgemeinde Altenmarkt angenommen. Die Annahme der Betreuungsvereinbarung ist von der Verfügbarkeit freier Plätze abhängig. Es gilt die Kindergartenordnung der Marktgemeinde Altenmarkt im Pongau. **Die Vereinbarung gilt für das Kindergartenjahr 2019/20.**

Datum

Unterschrift des Rechtsträgers

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## SEPA LASTSCHRIFT

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Marktgemeinde Altenmarkt im Pongau Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Altenmarkt im Pongau gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

IBAN:

Bank:

BIC:

Altenmarkt, am

Unterschrift: \_\_\_\_\_

- Ich melde mich für den **elektronischen Versand aller Vorschriften meines Steuerkontos** bei der Marktgemeinde Altenmarkt und den Newsletter der Gemeinde an, und erhalte dafür einen 10-Euro-Gutschein für die Therme Amadé!

E-Mail: