



Anmeldeformular

Für das Jahr ____/____

Eingangsstempel

Bitte vollständig und leserlich in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

NUR VON DER TBE AUSZUFÜLLEN!

Ab _____ wird das u.a. Kind die TBE in Zistersdorf besuchen:

Datum & Unterschrift Pädagogin TBE

Angaben zum Kind

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____

Nachname: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungsnr.: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Erstsprache: _____

Geschlecht: _____

Erhöhter Betreuungsbedarf (aufgr. Krankheit/Einschränkungen/besonderer Bedürfnisse): Ja Nein

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Betreuungsart

Montag von _____ bis _____

Dienstag von _____ bis _____

Mittwoch von _____ bis _____

Donnerstag von _____ bis _____

Freitag von _____ bis _____

Angaben zur Familie / Obsorgeberechtigten

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____

Nachname: _____ PLZ / Ort: _____

Akademischer Grad: _____ Geburtsdatum.: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Ich bin AlleinerzieherIn: Ja Nein

Berufstätig Nicht berufstätig In Karenz Arbeitslos Im Haushalt In Ausbildung Selbständig erwerbstätig

Arbeitgeber und Beschäftigungsausmaß (Stunden/Woche):

Arbeitszeiten (von- bis):

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	

Angaben zur Familie / Obsorgeberechtigten

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____

Nachname: _____ PLZ / Ort: _____

Akademischer Grad: _____ Geburtsdatum.: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Ich bin AlleinerzieherIn: Ja Nein

Berufstätig Nicht berufstätig In Karenz Arbeitslos Im Haushalt In Ausbildung Selbständig erwerbstätig

Arbeitgeber und Beschäftigungsausmaß (Stunden/Woche):

Arbeitszeiten (von- bis):

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	

Sonstige Anliegen: _____

Tarife (pro Monat)	
Vormittag von 7:00 bis 13:00 beitragsfrei	Nachmittag ab 13:00 bis 17:00 (Stundenpakete)
	bis 20 Stunden 59,00
	bis 40 Stunden 83,00
	bis 60 Stunden 101,00
	mehr als 60 Stunden 113,00
Elternbeitrag pro Monat 11,00	
Essensbeitrag pro Tag 4,00	
Turnusdienst 11,00	

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Stadtgemeinde Zistersdorf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleichweise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadtgemeinde Zistersdorf auf mein/unsere Konto 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. Diese Ermächtigung gilt erst ab der nächsten Lastschrift.
Creditor-ID: AT93ZZZ00000004858

Mandatsreferenz:

Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (Name, Anschrift)

Bezeichnung der Kreditunternehmung

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der obsorgeberechtigten Person
