

| Kind                     |              |  |
|--------------------------|--------------|--|
|                          |              |  |
| Name, Vorname des Kindes | Geburtsdatum |  |

| Erziehungsberechtigte |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Mutter:               | Name, Vorname<br>Straße<br>Ort |
|                       | Name, Vorname - Straße - Ort   |
| Vater:                | Name, Vorname<br>Straße<br>Ort |
|                       | Name, Vorname - Straße - Ort   |

Meine/Unsere Wohngemeinde hat den Antrag auf Kostenausgleich abgelehnt (Ablehnung ist beigefügt), aber ich/wir möchte/n gerne trotzdem mein/unser Kind in der Kindertagesstätte Todenbüttel betreuen lassen.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns bereit einen Zusatzbeitrag in Höhe der Hälfte des Kindergartenbeitrages nach der z.Zt. gültigen Gebührensatzung für die Kindertagesstätte der Gemeinde Todenbüttel zu zahlen.

Die Aufnahme meines/unseres Kindes ist vorerst befristet bis zum\_\_\_\_\_. Sollten nach diesem Zeitpunkt noch ausreichend freie Plätze in der Kindertagesstätte Todenbüttel vorhanden sein, ist eine Verlängerung möglich.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein/unser Kind die Kindertagesstätte Todenbüttel nicht weiter besuchen kann, sofern der Zusatzbeitrag nicht gezahlt wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Kindertagesstättenleitung

Zuordnung in Gruppe:

**Bitte in der Kindertagesstätte Todenbüttel abgeben!**