

Kind		
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	

Erziehungsberechtigte	
Mutter:	Name, Vorname Straße Ort
	Name, Vorname - Straße - Ort
Vater:	Name, Vorname Straße 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!**