

**Betreuungsvertrag**  
für den  
**Gemeindekindergarten „Zauberwelt“ Titz**

Zwischen Herrn / Frau / Eheleute

\_\_\_\_\_ (Vor- und Familienname)

wohnhaft in **Titz**,

\_\_\_\_\_ (Straße und Hausnummer)

und der **Gemeinde Titz**

wird folgender **V e r t r a g** geschlossen:

Das Kind \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
(Vor- und Familienname) (Geburtsdatum)

wird ab \_\_\_\_\_ in den Gemeindekindergarten Titz aufgenommen.  
(Eintrittsdatum)

**Gewünschter Betreuungsumfang:**

(Zutreffendes bitte markieren)

Bis 25 Std. / Woche (maximal 5 Std. tägl. vormittags) „**Vormittagsbetreuung**“

Betreuungszeiten: 7.30 - 12.30 h, keine Teilnahme an Nachmittagsaktivitäten

Bis 35 Std. / Woche (maximal 7 Std. tägl.) ohne Mittagsbetreuung „**Regelbetreuung**“

Betreuungszeiten: 7.30 - 12.30 h und 14.00 - 16.00 h

Bis 35 Std. / Woche mit Mittagsbetreuung und Essen „**Blockbetreuung**“

Betreuungszeiten: 7.00 - 14.00 h

Bis 45 Std. / Woche mit Mittagsbetreuung und Essen „**Ganztagsbetreuung**“

Betreuungszeiten: 7.00 - 16.00 h

Der Vertrag gilt verbindlich für das Kindergartenjahr 2012/2013. Eine vorzeitige Kündigung ist nur bei Wegzug aus dem Gemeindegebiet Titz möglich.

Die Höhe des zu zahlenden Elternbeitrages wird durch das Jugendamt des Kreises Düren festgesetzt.

Titz, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

**Für die Gemeinde Titz**  
**Der Bürgermeister**  
I.V.

**Personensorgeberechtigte(r)**

\_\_\_\_\_  
(Canzler)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, bei Eheleuten beide Unterschriften)

# PERSONALIEN

## 1. Angaben über das in den Kindergarten aufzunehmende Kind

Familienname des Kindes:	Vorname des Kindes:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße u. Hausnummer:	Wohnort mit Ortsteil:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Krankenversichert bei:	
Name u. Anschrift des Hausarztes:	
Besitzt ihr Kind schon Kindergarten- oder Gruppenerfahrung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, wo:	
Besteht Bedarf an einer Betreuung, die über die Öffnungszeiten des Kindergartens hinausgeht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. Falls ja, welche Zeiten (bitte angeben)?	
Hat das Kind Geschwister? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, Name u. Geburtsjahr der Geschwister:	

## 2. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name und Vorname des Vaters:	Name und Vorname der Mutter:
Beruf des Vaters:	Beruf der Mutter:
Beschäftigt bei:	Beschäftigt bei:
Telefonisch zu erreichen: privat: _____ dienstlich: _____	Telefonisch zu erreichen: privat: _____ dienstlich: _____
Handy: _____	Handy: _____
Weitere Ansprechpartner:	Telefon: _____

## 3. Weitere Angaben über das Kind:

a) Das Kind wurde bisher geimpft gegen:

Tetanus: ja / nein am \_\_\_\_\_ Pocken: ja / nein am \_\_\_\_\_

Diphtherie: ja / nein am \_\_\_\_\_ Sonstige: ja / nein am \_\_\_\_\_

Keuchhusten: ja / nein am \_\_\_\_\_ Mas./Mu./Röt.: ja / nein am \_\_\_\_\_

**Leidet Ihr Kind an Allergien oder sonstigen Unverträglichkeiten?**

\_\_\_\_\_