



Halberstadt

Abt. Kindertagesstätten, Schulen, Sport | Domplatz 49 | 38820 Halberstadt

Neuaufnahme **Veränderung** **Kündigung**

Einrichtung: _____

Zahlungspflichtige(r): Mutter: _____

Vater: _____

Kind – Vorname/Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Folgende Änderung tritt/trat ein:

Namensänderung: der Mutter des Vaters des Kindes

alter Name: _____

neuer Name: _____

Änderung der Wohnanschrift:

neue Anschrift: _____

Änderung der Betreuungszeit:

Änderung ab: _____

5 Std. 6 Std. 7 Std. 8 Std. 9 Std. 10 Std.

Einrichtungswechsel:

neue Einrichtung: _____ ab: _____

Kündigung des Betreuungsplatzes:

Datum des Ausscheidens: _____

Grund des Ausscheidens: _____

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Leiter/in

