

Gemeinde Kolkwitz
Hauptverwaltung
Berliner Str. 19
03099 Kolkwitz

Sachbearbeiterin: Frau Ballaschk
Zimmer-Nr.: 1.02
Telefon: (0355) 29300-16
Fax: (0355) 29300-99

FORMULAR ZUR ÄNDERUNG DER BETREUUNGSZEITEN

Ich/wir beantrage/n für mein(e)/unser(e) Kind(er):

Name	Vorname	Geburts- datum	Einrichtung

ab dem: _____

folgende tägliche Betreuungszeiten: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Krippe/Kindergarten

Hort

- bis 4 Stunden
- bis 6 Stunden
- bis 7 Stunden*
- bis 8 Stunden*
- bis 9 Stunden*
- bis 10 Stunden*

- bis 2 Stunden
- bis 3 Stunden
- bis 4 Stunden
- bis 5 Stunden**
- bis 6 Stunden**
- bis 7 Stunden**

Grund der Änderung:

Antragsteller/in	Mutter/Personensorgeberechtigte	Vater/Personensorgeberechtigter
Familienname		
Vorname/n		
Wohnanschrift		
Telefon:		

*, ** Das Formular zur Prüfung des Rechtsanspruches habe/n ich/wir beigefügt
 wird nachgereicht bis zum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Antragsteller/s