

**Antrag auf Geschwisterermäßigung bei der Betreuung von Kindern in
Elementarerbziehungseinrichtungen und/oder Tagespflege in der Stadt Neustadt a. Rbge.**

Hiermit beantrage ich die Gewährung einer Geschwisterermäßigung gemäß § 4 Abs. 1 der „Satzung über die Erhebung von Gebühren für die Benutzung der Kindergarten-, Kinderspielkreis-, Krippen- und Hortplätze der Stadt Neustadt a. Rbge.“ bzw. gemäß § 3 Abs. 2 der „Satzung über die Benutzung von Kindertagespflege und die Erhebung von Gebühren sowie die Gewährung von Entgelten in der Kindertagespflege in der Stadt Neustadt a. Rbge.“.

Antragsteller/-in	
Name, Vorname	_____
Straße, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____

für mein/unser Kind(er)

Bestätigung der Einrichtung

Name, Vorname _____ geb. am _____ Betreuung bei (Name der Einrichtung bzw. der Tagespflegeperson) _____	Aufnahme am: _____ Ausscheiden vorauss. am: _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;">(Stempel)</div>
---	---

Name, Vorname _____ geb. am _____ Betreuung bei (Name der Einrichtung bzw. der Tagespflegeperson) _____	Aufnahme am: _____ Ausscheiden vorauss. am: _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;">(Stempel)</div>
---	---

Name, Vorname _____ geb. am _____ Betreuung bei (Name der Einrichtung bzw. der Tagespflegeperson) _____	Aufnahme am: _____ Ausscheiden vorauss. am: _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;">(Stempel)</div>
---	---

Name, Vorname _____ geb. am _____ Betreuung bei (Name der Einrichtung bzw. der Tagespflegeperson) _____	Aufnahme am: _____ Ausscheiden vorauss. am: _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; text-align: center; padding: 5px; margin-top: 10px;">(Stempel)</div>
---	---

Bei weiteren Kindern verwenden Sie bitte die Rückseite.

Datum

Unterschrift