

Bescheinigung ärztl. Untersuchung und Impfberatung

Anlage 2

Nach Richtlinien des Sozialministeriums und des Kultusministeriums über die ärztliche Untersuchung nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und die ärztliche Impfberatung nach § 34 Abs. 10a des Infektionsschutzgesetzes wurde das Kind

Name	Vorname
Geboren am	☐ männlich ☐ weiblich
PLZ, Wohnort und Straße	

am (Datum) _____ von mir auf Grund des von § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes (KiTaG) und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht.

Gegen die Aufnahme des Kindes in einer Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege bestehen, soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen

Früherkennungsuntersuchung ☒ U erkennen lässt,

☐ keine medizinischen Bedenken.

☐ medizinische Bedenken.

☐ Das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für die Aufnahme des Kindes in der Kindertageseinrichtung oder in Kindertagespflege werden mit den Personensorgeberechtigten und Fachkräften geklärt, sofern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Personensorgeberechtigten vorliegt.

Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.

☐ Die ärztliche Impfberatung nach § 34 Abs. 10a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir durchgeführt.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel der Ärztin/des Arztes

Vollmacht über ärztliche Behandlung im Notfall

Anlage 3

Das Formular ist der Tagespflegeperson mit Betreuungsbeginn auszuhändigen.

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

Name der/des Personensorgeberechtigten	Vorname
Name der Tagespflegeperson	Vorname

mein/unser Kind

Name des Kindes	Vorname
-----------------	---------

In Notfällen eine ärztliche Behandlung meines/unseres Kindes zu veranlassen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Tagespflegeperson

Bei Bedarf ist das Formular der Tagespflegeperson mit Betreuungsbeginn auszuhandigen.

Sehr geehrte Kinderärztin, Kinderarzt, Personenberechtigter,

Sie haben Ihrer Patientin/Ihrem Patienten

Name des Kindes	Vorname
-----------------	---------

ein Medikament zur Anwendung bei Bedarf verschrieben.

Als ihre/seine Tagespflegeperson bin ich während des Aufenthalts in meiner Obhut für die verordnete Durchführung der Bedarfsmedikation verantwortlich. Deshalb bitte ich um folgende Information:

Welches Medikament haben Sie verordnet?

--

Bei welchen Symptomen/Beschwerden soll das Medikament eingenommen werden?

--

In welcher Darreichungsform wird es angewendet?

☐ Tabletten ☐ Zäpfchen ☐ Tropfen ☐ Dosier Aerosol

Sonstiges _____

Welche Anzahl/Dosierung haben Sie verordnet? _____

Wie muss das Medikament gelagert werden? _____

Muss etwas Besonderes im Umgang (z.B. Wechselwirkungen) mit dem Medikament beachtet werden?

--

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes oder
der/des Personensorgeberechtigten

Diese Einverständniserklärung zur Abholung durch andere Personen ist bei Bedarf der Tagespflegeperson mit Betreuungsbeginn auszuhändigen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind

Name	Vorname
Geboren am	
PLZ, Wohnort und Straße	

von nachfolgend aufgeführten Personen von der Tagespflege abgeholt werden darf.

Name	Vorname
------	---------

Name	Vorname
------	---------

Name	Vorname
------	---------

Name	Vorname
------	---------

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Diese Einwilligungserklärung zur Aufnahme und Veröffentlichung von Fotos ist der Tagespflegeperson mit Betreuungsbeginn auszuhändigen.

Name, Vorname des Elternteils/der Eltern, der/des Personensorgeberechtigten

Hiermit willige(n) ich/wir ein, dass unser Kind

Name des Kindes

Vorname

in der Tagespflegestelle bei der Tagespflegeperson

Name des Tagespflegeperson

Vorname

Fotografiert wird ☐ ja ☐ nein

Die Bilder dürfen für folgende Zwecke verwendet werden:

- ☐ Nutzung innerhalb der Tagespflegeräume zu internen Zwecken wie Fotowänden im Zimmer, Portfolio, Fotoalben für Kinder etc.
- ☐ Veröffentlichung auf Flyern, Plakaten o.ä.
- ☐ Veröffentlichung auf der Internetseite www.
- ☐ Weiterleitung per E-Mail an mich/uns
- ☐ Weiterleitung per Soziale Netzwerke (z.B. WhatsApp/Facebook) an mich/uns

Weitere _____

Die Verwendung für andere Zwecke ist ausgeschlossen und bedarf meiner/unserer gesonderten Einwilligung. Die Tagespflegeperson versichert, dass mir/uns auch bei nicht erteilter Einwilligung oder bei Widerruf der Einwilligung keinerlei Nachteile entstehen. Diese Einwilligung zur Verarbeitung des/ der oben genannten Fotos kann ich/können wir jederzeit widerrufen.

Hinweis zu Bildrechten

Von Ihnen oder Ihrem Kind wird im Rahmen des Tagespflegeverhältnisses ggf. ein Bild angefertigt. Damit die Tagespflegeperson dieses Bild z.B. für ihre Webseite, ihre Flyer oder für sonstige Zwecke z.B. Fotowände im Zimmer, Fotoalben für die Kinder o.ä. benutzen kann, braucht sie Ihre schriftliche Einwilligung. Die Bestimmung des § 78 UrhG gebietet nämlich, dass Personenbildnisse nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden dürfen. Demnach dürfen Bildnisse von Personen der Öffentlichkeit nicht zugänglich gemacht werden, wenn dadurch berechnigte Interessen der Abgebildeten verletzt würden. Dies stellt als Ausfluss des verfassungsgesetzlich gewährleisteten bzw. des allgemeinen Persönlichkeitsrechts dar. Eine Ausnahme hiervon gilt lediglich für Personen der Zeitgeschichte, die eine Veröffentlichung auch ohne Einwilligung hinnehmen müssen. Ihre Einwilligung können Sie für die Zukunft jederzeit widerrufen. Selbstverständlich erwachsen Ihnen jedoch keinerlei Nachteile, wenn Sie der Tagespflegeperson keine Einwilligung erteilen oder diese später widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Festsetzung des Kostenbeitrags

Anlage 7 – Seite 1

Buchungszeichen

Name der Tagespflegeperson	Vorname
Name des Kindes	Vorname

Name der/des Personensorgeberechtigten	Vorname	
PLZ, Wohnort und Straße	Telefon privat	
Mobil	E-Mail	

Weitere, im Haushalt lebende Kinder unter 18 Jahren (bitte jeweils eine Kopie der Geburtsurkunde vorlegen):

Name des Kindes	Vorname
Name des Kindes	Vorname
Name des Kindes	Vorname
Name des Kindes	Vorname

Betreuungsumfang

Montag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Dienstag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mittwoch	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Donnerstag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Freitag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Stunden insgesamt					Std.

Beginn des Betreuungsverhältnisses

(nur zum 1. oder 16. eines Monats möglich)

(TT.MM.JJJJ)

Berechnung des KostenbeitragsAnzahl Betreuungsstunden pro Woche x Kostenbeitrag lt. Kostentabelle x **4,3** Wochen**= reguläres Betreuungsentgelt in Euro**

	Std./Wo.	x		€ Kostenbeitrag	x 4,3 =		€
----------------------	----------	---	----------------------	-----------------	---------	----------------------	---

(nicht gerundet)

Pauschalierter Abzug (6 Wochen im Jahr Abwesenheit der Tagespflegeperson):((Std./Wo. x 6 Wochen) / 12 Monate) x Kostenbeitrag lt. Kostentabelle = - **mtl. Abzug**(Std./Wo. x **6 Wochen / 12 Monate**) x € = - €
(nicht gerundet)

Monatliches Betreuungsentgelt

(wird auf volle Euro gerundet) = €**Berechnung der Eingewöhnung***Der Kostenbeitrag wird auf 75 % des regulären Kostenbeitrags (ohne Abzug) festgesetzt.*Eingewöhnung fand statt ☐ ja ☐ nein Zeitraum:

	Std./Wo.	x		€ Kostenbeitrag	x 4,3 =		€
----------------------	----------	---	----------------------	-----------------	---------	----------------------	---

(nicht gerundet)

Kostenbeitrag Eingewöhnung einmalig **75 %****(wird auf volle Euro gerundet)**= €

**Kostenbeitragstabelle für die Kindertagespflege im Landkreis Esslingen
Stand 01.01.2026**

	Kostenbeitrag je Betreuungsstunde
Familie mit einem Kind unter 18 Jahren	3,09 €
Familie mit zwei Kindern unter 18 Jahren	2,39 €
Familie mit drei Kindern unter 18 Jahren	1,63 €
Familie mit vier oder mehr Kindern unter 18 Jahren	0,54 €

Als Betreuungszeiten dürfen nur die tatsächlich erforderlichen Betreuungsstunden angegeben werden. Erforderlich sind beispielsweise Zeiten aufgrund Erwerbstätigkeit zzgl. Fahrzeiten. Der Grundanspruch für Kinder ab dem vollendeten 1. bis 3. Lebensjahr beträgt 35 Stunden pro Woche. Darüber hinaus sind Nachweise notwendig. Bei Kindern über 3 Jahre sind alle Betreuungszeiten nachzuweisen. Grundsätzlich werden Jugendhilfeleistungen im Landkreis Esslingen erst ab einer Betreuungszeit von mindestens 5 Std. pro Woche bzw. 21,5 Std. pro Monat gewährt. Die Eltern/Personensorgeberechtigten verpflichten sich, alle Änderungen im Betreuungsverhältnis unverzüglich mitzuteilen.

Das SEPA-Lastschriftmandat ist Bestandteil dieser Anmeldung. Ich/Wir sind mit der Speicherung unserer Daten durch die Gemeinde Neuhausen einverstanden. Meine/ unsere Daten werden nur für Zwecke, die die Betreuung betreffen, verwendet. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig. Für die Abrechnung mit dem Landkreis Esslingen werden Name und Adresse des betreffenden Kindes an den Landkreis Esslingen weitergeleitet

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/der Personensorgeberechtigten

**Zahlungsempfänger**

Name, Vorname/ Firma: Gemeinde Neuhausen a.d.F.
Straße und Hausnummer: Schloßplatz 1
Postleitzahl und Ort: 73765 Neuhausen auf den Fildern
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79 ZZZ0 0000 2260 12

Mandatsreferenz (Buchungszeichen):

— • — — — — • — — — — — • —

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger,

☐ einmalig eine Zahlung☐ wiederkehrende Zahlungen

von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto bezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Woche, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name, Vorname/ Firma: _____
Straße und Hausnummer: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Kreditinstitut (Name): _____
BIC: _____
IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschriften

**Vereinbarung über die Betreuung eines Tagespflegekindes
zwischen der Tagespflegeperson und der Gemeinde Neuhausen**

Seite 1

Angaben zur Tagespflegeperson

Name	Vorname	
PLZ, Wohnort und Straße		
Telefon privat	Mobil	
E-Mail		
Name der Bank	Kontoinhaber	
IBAN		BIC

Pflegeerlaubnis vom Jugendamt ☐ ja ☐ nein ☐ ist beantragt

Angaben zum Tageskind

Name	Vorname
Geburtsdatum des Kindes	

Ist die Tagespflegeperson mit dem Tageskind verwandt?

☐ nein ☐ ja Verwandtschaftsverhältnis: _____

Es findet eine **Eingewöhnungsphase** statt ☐ ja ☐ nein

Für die Eingewöhnungsphase wird einmalig 75 % des regulären Pflegegelds plus
zusätzlich 5 Stunden ausbezahlt.

Vereinbarung Tagespflegeperson – Gemeinde Neuhausen Anlage 9

Vereinbarung über die Betreuung eines Tagespflegekindes zwischen der Tagespflegeperson und der Gemeinde Neuhausen

Seite 2

Betreuungszeiten

Montag	von		Uhr	bis		Uhr		Std.
Dienstag	von		Uhr	bis		Uhr		Std.
Mittwoch	von		Uhr	bis		Uhr		Std.
Donnerstag	von		Uhr	bis		Uhr		Std.
Freitag	von		Uhr	bis		Uhr		Std.
Stunden insgesamt								Std.

Beginn des Betreuungsverhältnisses

(nur zum 1. oder 15. eines Monats möglich)

(TT.MM.JJJJ)

Berechnung der laufenden Geldleistung

Anzahl Betreuungsstunden pro Woche x Stundensatz x 4,3 Wochen

= Geldleistung pro Monat in Euro (wird auf volle Euro gerundet)

	Std./Wo.	x		€ Stundensatz	x 4,3 =		€
----------------------	----------	---	----------------------	---------------	---------	----------------------	---

+ Platzpauschale (bis zum 3. Lebensjahr) € = €

Berechnung der Eingewöhnung

(Reguläre Geldleistung / 100 x 75 %) + (Stundensatz x 5 Stunden) + evtl. Platzpauschale

= Geldleistung Eingewöhnung (gerundet in volle Euro)

	€ Geldleistung	davon 75 %	=		€	(nicht gerundet)
----------------------	----------------	------------	---	----------------------	---	------------------

	€ Stundensatz	x 5 Stunden extra	=		€	(nicht gerundet)
----------------------	---------------	-------------------	---	----------------------	---	------------------

+ Platzpauschale (bis zum 3. Lebensjahr) = €

Einmalige Geldleistung Eingewöhnung = € (gerundet)

Die Ferienbetreuung und Ablösephase (Anlage 12 – Seite 1 und 2) werden individuell berechnet.

Ort, Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson

Original an die Gemeinde Neuhausen

Änderungsgrund**Buchungszeichen**

--	--

Name der Tagespflegeperson	Vorname
Name des Kindes	Vorname

Name der/des Personensorgeberechtigten	Vorname
PLZ, Wohnort und Straße	Telefon privat
Mobil	E-Mail

Weitere, im Haushalt lebende Kinder unter 18 Jahren:

Name des Kindes	Vorname
Name des Kindes	Vorname
Name des Kindes	Vorname
Name des Kindes	Vorname

Geänderte Betreuungszeiten

Montag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Dienstag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mittwoch	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Donnerstag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Freitag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Stunden insgesamt					Std.

**Beginn des Betreuungsverhältnisses
mit den geänderten Zeiten**

(nur zum 1. eines Monats möglich)

(TT.MM.JJJJ)

Berechnung des Kostenbeitrags

Anzahl Betreuungsstunden pro Woche x Kostenbeitrag lt. Kostentabelle x 4,3 Wochen
= reguläres Betreuungsentgelt in Euro

Std./Wo.	x	€ Kostenbeitrag	x 4,3	=	€
(nicht gerundet)					

Pauschalisierter Abzug/6 Wochen Abwesenheit:

((Std./Wo. x 6 Wochen) / 12 Monate) x Kostenbeitrag lt. Kostentabelle = - mtl. Abzug

(_____ Std./Wo. x 6 Wochen / 12 Monate) x _____ € = - _____ €
(nicht gerundet)

Monatliches Betreuungsentgelt (auf volle Euro gerundet) = _____ €

Berechnung der laufenden Geldleistung nach Änderung

Anzahl Betreuungsstunden pro Woche x Stundensatz x 4,3 Wochen
= Geldleistung pro Monat in Euro (wird auf volle Euro gerundet)

Std./Wo.	x	€ Stundensatz	x 4,3	=	€
----------	---	---------------	-------	---	---

+ Platzpauschale (bis zum 3. Lebensjahr) _____ € = _____ €

Kostenbeitragstabelle für die Kindertagespflege im Landkreis Esslingen

Stand 01.01.2026 (s. Anlage 7 – Seite 2)

Als Betreuungszeiten dürfen nur die tatsächlich erforderlichen Betreuungsstunden angegeben werden. Erforderlich sind beispielsweise Zeiten aufgrund Erwerbstätigkeit zzgl. Fahrzeiten. Der Grundanspruch für Kinder ab dem vollendeten 1. bis 3. Lebensjahr beträgt 35 Stunden pro Woche. Darüber hinaus sind Nachweise notwendig. Bei Kindern über 3 Jahre sind alle Betreuungszeiten nachzuweisen. Grundsätzlich werden Jugendhilfeleistungen im Landkreis Esslingen erst ab einer Betreuungszeit von mindestens 5 Std. pro Woche bzw. 21,5 Std. pro Monat gewährt.

Das SEPA-Lastschriftmandat ist Bestandteil dieser Anmeldung. Ich/Wir sind mit der Speicherung unserer Daten durch die Gemeinde Neuhausen einverstanden. Meine/ unsere Daten werden nur für Zwecke, die die Betreuung betreffen, verwendet. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig. Für die Abrechnung mit dem Landkreis Esslingen werden Name und Adresse des betreffenden Kindes an den Landkreis Esslingen weitergeleitet.

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Tagespflegeperson



Gemeinde Neuhausen a.d.F.
Schloßplatz 6

73765 Neuhausen a.d.F.

Vom Arbeitgeber zu beachten:

Für die Betreuung in der Kindertagespflege wird ab einer Betreuungszeit über 35 Stunden/Woche bei Kindern unter drei Jahre und bei Kindern über 3 Jahre ab der ersten Stunde geprüft, ob ein Arbeitsverhältnis vorliegt.

Die nachstehende Bescheinigung bitten wir daher ausgefüllt, mit Firmenstempel und Unterschrift versehen, Ihrer Mitarbeiterin/Ihrem Mitarbeiter zur Vorlage bei uns auszuhändigen.

Ausstellungsdatum bitte nicht vergessen!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen!

Bescheinigung

Wir bescheinigen, dass mit Frau/Herrn _____

seit/ab dem _____ eine ☐ Vollzeitbeschäftigung
(Datum)

☐ Teilzeitbeschäftigung im Umfang von _____
Stunden/Woche besteht.

Diese Beschäftigung ist ☐ unbefristet ☐ befristet bis _____
(Datum)

Die Arbeitszeit ist

☐ Montag:	von _____ bis _____ Uhr
☐ Dienstag:	von _____ bis _____ Uhr
☐ Mittwoch:	von _____ bis _____ Uhr
☐ Donnerstag:	von _____ bis _____ Uhr
☐ Freitag:	von _____ bis _____ Uhr

Ort, Datum _____

Unterschrift und Firmenstempel

Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme der Kindertagespflege gem. §23 SGB VIII

☐ **Ablösephase** ☐ **Ferienbetreuung**

Name des Kindes	Vorname
Geburtsdatum des Kindes	
Name der Tagespflegeperson	Vorname
PLZ, Wohnort und Straße	

Ablösephase

Für die Ablösephase ist maximal 1 Tag (4 Std.) pro Woche innerhalb von 4 Wochen (16 Std.) vorgesehen.

Bemerkungen zur Abrechnung der Betreuungszeiten

--

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Tagespflegeperson

Ablösephase oder Ferienbetreuung Anlage 12 – Seite 2

Name des Kindes

Vorname

☐

Ablösephase

☐

Ferienbetreuung

Mo	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Di	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mi	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Do	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Fr	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.

Mo	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Di	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mi	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Do	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Fr	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.

Mo	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Di	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mi	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Do	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Fr	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.

Mo	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Di	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mi	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
D	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Fr	Datum	von	Uhr	bis	Uhr	Std.

insgesamt	Std.
-----------	------

Bitte nicht ausfüllen!!

Geldleistung Tagespflegeperson:

Std.	x	€ Stundensatz	=	€
------	---	---------------	---	---

Kostenbeitrag für Eltern/Personensorgeberechtigte:

Std.	x	€ Kostenbeitrag	=	€
------	---	-----------------	---	---

Abrechnung im Vertretungsfall

Anlage 13

Bitte füllen Sie pro Fall/Woche ein separates Blatt aus.

Name des Kindes	Vorname
-----------------	---------

☐ **Urlaubsvertretung**☐ **Krankheitsvertretung****Tagespflegeperson, die vertreten wurde:**

Name	Vorname
------	---------

Tagespflegeperson, die die Vertretung übernommen hat:

Name	Vorname
PLZ, Wohnort und Straße	
Name der Bank	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Vertretungszeitraum Woche vom _____ bis _____

Montag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Dienstag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Mittwoch	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Donnerstag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Freitag	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
insgesamt					Std.

Ort, Datum_____
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten_____
Unterschrift der Tagespflegeperson_____
Unterschrift der Vertretung**Geldleistung Vertretung:****Bitte nicht ausfüllen!!**

	Std.	x		€ Stundensatz	=		€
----------------------	------	---	----------------------	---------------	---	----------------------	---

Kündigung Betreuungsvertrag / Abmeldung von der Betreuung

Name des Kindes	Vorname
Name der/des Personensorgeberechtigten	Vorname
Name der Tagespflegeperson	Vorname

Hiermit wird der Betreuungsvertrag zwischen den oben genannten Personen

zum

gekündigt.

(nur zum 15. oder Ende eines Monats möglich)

Die gegebenenfalls anschließende Ablösephase wird auf Nachweis abgerechnet
(Anlage 12 – Seite 1 und 2).

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Tagespflegeperson