

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 | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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 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 auszuhändigen.

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 Begleitpersonen 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 Begleitpersonen 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/unsere 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

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. |

Berechnung des Kostenbeitrags

Anzahl Betreuungsstunden pro Woche x Kostenbeitrag lt. Kostentabelle x 4,3 Wochen
= Betreuungsentgelt in Euro (wird auf volle Euro gerundet)

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

Beginn des Betreuungsverhältnisses

(nur zum 1. eines Monats möglich)

(TT.MM.JJJJ)

Die Eingewöhnungs- und Ablösephase (Anlage 12) werden individuell berechnet.

**Kostenbeitragstabelle für die Kindertagespflege im Landkreis Esslingen
Stand 01.01.2024**

| | Kostenbeitrag je Betreuungsstunde |
|--|-----------------------------------|
| Familie mit einem Kind unter 18 Jahren | 2,67 € |
| Familie mit zwei Kindern unter 18 Jahren | 2,08 € |
| Familie mit drei Kindern unter 18 Jahren | 1,40 € |
| Familie mit vier oder mehr Kindern unter 18 Jahren | 0,47 € |

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**

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

im **Zeitraum** vom _____ bis _____

Nach der Eingewöhnungsphase wird der Gemeinde Neuhausen umgehend der Stundennachweis vorgelegt.

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

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. |

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) | _____ € = | _____ € |

Beginn des Betreuungsverhältnisses
(nur zum 1. eines Monats möglich)

| |
|--------------|
| (TT.MM.JJJJ) |
|--------------|

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

Ort, Datum

Unterschrift der Tagespflegeperson

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 nach Änderung

Anzahl Betreuungsstunden pro Woche x Kostenbeitrag lt. Kostentabelle x 4,3 Wochen
= Betreuungsentgelt in Euro (wird auf volle Euro gerundet)

Std./Wo. x € Kostenbeitrag x 4,3 = €

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 01.01.2024 (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 besteht/bestehen wird.

Diese Beschäftigung ist unbefristet befristet bis _____
(Datum)

Die Arbeitszeit ist unregelmäßig in der Zeit
von _____ bis _____ Uhr

regelmäßig in der Zeit
von _____ bis _____ Uhr

Ort, Datum _____

Unterschrift und Firmenstempel

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

Eingewöhnungsphase **Ablösephase** **Ferienbetreuung**

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

Eingewöhnungsphase

Für die Eingewöhnungsphase sind maximal 4 Wochen vorgesehen. Die Tagespflegeperson erhält 5 Std. Zusatzvergütung zu den tatsächlichen Betreuungszeiten.

Unterbrechung der Eingewöhnungsphase (mit Angaben von Gründen)

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

Eingewöhnungs-/Ablösephase/Ferienbetreuung Anlage 12 – Seite 2

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

Eingewöhnungsphase
 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. | + 5 Std. x | € Stundensatz | = | € |
|------|------------|---------------|---|---|

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

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 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