

Eingangsstempel

Servicecenter: 115  
Tel: 0621 504-0  
Fax: 0621 504-3909  
Abgesendet von:

**Stadt Ludwigshafen am Rhein**  
Schulen und Kindertagesstätten  
Westendstraße 17  
67059 Ludwigshafen

Kindertagesstätte	
Verantwortliche(r) Leiter(in)	
Straße	Haus-Nr.
PLZ	Ort
Telefon	
E-Mail	

## Aufnahmebestätigung

Hiermit bestätigen wir die Aufnahme des Kindes

Name	Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
------	---------	--------------	---------------------

Das Kind wird/wurde zum \_\_\_\_\_ aufgenommen in

TZ                      DTZ                      GZ                      Hort                      Krippe

DTZ/GZ                      GZ/DTZ

Hort flexible Betreuung                      2 Tage oder                      3 Tage

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung

Höhe des Beitrages: \_\_\_\_\_

Höhe des Kostgeldes: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung:

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass die Daten (Name, Vorname, Geburtstag) meines/unseres Kindes zur Beitragsberechnung an die Stadtverwaltung Ludwigshafen weitergegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten