



Antrag auf Geschwisterrabatt

Angaben zum Kind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Name der Einrichtung	
Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten	
Betreuungszeit	----- Std. täglich

Angaben zum Geschwisterkind	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Name der Einrichtung	
Betreuungszeit	----- Std. täglich
Für den Zeitraum ab: _____	
* <input type="checkbox"/> Der Nachweis über den Bezug von Kindergeld ist dem Antrag in Kopie beigelegt.	
* Der Nachweis über den Bezug von Kindergeld ist erforderlich, um den Geschwisterrabatt zu gewähren.	

Der/die Erziehungsberechtigte(n) versichern, dass vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind.

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift Leiterin der Einrichtung

Bearbeitungshinweis: – Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

Posteingang am: _____ Bearbeitet zum: _____

Datum / Unterschrift Bearbeiter: _____

Änderungen bitte umgehend der Einrichtungsleitung mitteilen!