



# Kindergarten und TBE

## Sulz im Weinviertel

Obersulz 21, 2224 Sulz im Weinviertel,  
Tel.: 02534 217, E-Mail: [gemeinde@sulz-weinviertel.gv.at](mailto:gemeinde@sulz-weinviertel.gv.at)

Für nicht in der Gemeinde Sulz im Weinviertel wohnhafte Kinder

### ANMELDUNG für das Betriebsjahr 2025 / 2026

#### Kind

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Mein Kind hat einen erhöhten Betreuungsbedarf bzw. eine Behinderung?  ja  nein

#### Obsorgeberechtigte/r

Mutter  Vater  sonstige Obsorgeberechtigte/r

Familienname \_\_\_\_\_ akademischer Grad \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TTMMJJ) \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Wohnadresse \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

#### Weitere/r Obsorgeberechtigte/r

Mutter  Vater  sonstige Obsorgeberechtigte/r

Familienname \_\_\_\_\_ akademischer Grad \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TTMMJJ) \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich

Wohnadresse \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Eintrittsdatum (TT.MM.JJJJ)**

\_\_\_\_\_

**Betreuungsart**

Montag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Dienstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mittwoch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Donnerstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Freitag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich bestätige die verbindliche Anmeldung für mein Kind in der Tagesbetreuungseinrichtung laut den Angaben im Formular.

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift**

**SEPA Lastschrift-Mandat:**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Marktgemeinde Sulz im Weinviertel, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Sulz im Weinviertel auf mein/unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Ermächtigung gilt erst ab der nächsten Lastschrift.

Mandatsreferenz:

Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Kreditunternehmung

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

sonstige Anliegen \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der/s Kontoinhabers/in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_