

DRK Aue-Schwarzenberg gemeinnützige GmbH  
 Betriebskindertagesstätte „Die kleinen  
 Sonnenstrahlen“  
 Albert-Schweitzer-Straße 39  
 08280 Aue  
 Telefon 03771 581880  
 Fax 03771 581881  
 E-Mail kita.aue@drk-asz.de



## Änderungsvertrag

ab \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

Zum Betreuungsvertrag vom \_\_\_\_\_ wird für das unten genannte Kind folgender Änderungsvertrag geschlossen:

Nachname, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Änderung in der Betreuungszeit

|              |                                     |                                    |                                    |                                      |
|--------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Kinderkrippe | <input type="checkbox"/> 10 Stunden | <input type="checkbox"/> 9 Stunden | <input type="checkbox"/> 6 Stunden | <input type="checkbox"/> 4,5 Stunden |
| Kindergarten | <input type="checkbox"/> 10 Stunden | <input type="checkbox"/> 9 Stunden | <input type="checkbox"/> 6 Stunden | <input type="checkbox"/> 4,5 Stunden |

### Änderung in der Betreuung als

|                  |                                  |                                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Familie          | <input type="checkbox"/> 1. Kind | <input type="checkbox"/> 2. Kind | <input type="checkbox"/> 3. Kind |
| Alleinerziehende | <input type="checkbox"/> 1. Kind | <input type="checkbox"/> 2. Kind | <input type="checkbox"/> 3. Kind |

Das Geschwisterkind \_\_\_\_\_ verlässt die Kindertagesstätte ab \_\_\_\_\_.

### Sonstige Veränderungen

Familienstand  Wohnortwechsel  Arbeitsplatzwechsel  sonstige Veränderungen

(Bei Änderungen im Familienstand, Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel bitte genaues Datum angeben.) \_\_\_\_\_

### Änderung der Zugehörigkeit

DRK Aue-Schwarzenberg gGmbH  Helios Klinikum Aue GmbH  Extern  \_\_\_\_\_  
 Beschäftigte  
 Familienangehörige

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Leiterin/Stempel

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten