

Kündigung des Betreuungsvertrages

(unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist von einem Monat zum Monatsende)

Eingangsvermerk / Stempel



Amt Oder – Welse
Gutshof 1
16278 Pinnow

Antragsteller – Mutter / Personensorgeberechtigte

Antragsteller – Vater / Personensorgeberechtigter

Name, Vorname		Name, Vorname	
Wohnanschrift		Wohnanschrift	
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon privat	Telefon dienstlich
E-Mail Adresse		E-Mail Adresse	

Name / Bezeichnung des Trägers

Hiermit kündige/n ich/wir den Betreuungsvertrag mit dem Träger
über die Betreuung meines/unser Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum	Kassenzeichen, wenn bekannt
---------------	--------------	-----------------------------

Datum einsetzen

zum _____ unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist von einem Monat zum Monatsende.

Das/die Geschwisterkind/er besucht/besuchen weiterhin folgende Kindertagesstätte/n im Amtsbereich:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Name bzw. Ort der Einrichtung
Name, Vorname	Geburtsdatum	Name bzw. Ort der Einrichtung

Nach Prüfung Ihres Antrages erhalten Sie eine Kündigungsbestätigung.

Hinweis: Ihre Angaben werden auf der Grundlage der §§ 1, 2, 17 des Kindertagesstättengesetzes des Landes Brandenburg in der gültigen Fassung in Verbindung mit dem Brandenburgischen Datenschutzgesetz ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt.

Datum	Unterschrift der/des Antragsteller/s
-------	--------------------------------------