Gemeinde Söhlde
Familienservicebuero@soehlde.de
Tel. 05129/972 19

Eingegangen am:

Antrag auf Geschwisterermäßigung für das jüngere Kind, gültig ab _____

(frühestens ab dem 1. des Monats, in dem der Antrag bei der Kita-Leitung oder in der Gemeindeverwaltung eingeht)

Name des jüngeren Kindes	
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Wohnort	
Straße	
Name und Ort der Betreuungsstätte	
Art (bitte ankreuzen)	○ Tagespflegeperson ○ Krippe ○ Kindergarten ○ Hort

Name des/r Geschwisterkindes/r	
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Name und Ort der Betreuungsstätte	
Art (bitte ankreuzen)	○ Tagespflegeperson ○ Krippe ○ Kindergarten ○ Hort

Eltern	**Mutter**	**Vater**
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Straße		
Telefon		
E-Mail		
Unterschrift		

Änderungen Ihrer persönlichen Verhältnisse sind unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.

Stand 01.08.2025