



Geschwisterermäßigung

**Antrag auf Ermäßigung der Elternbeiträge für das Betreuungsjahr-/Schuljahr
20__ / 20__**

Name des Antragstellers bzw. Sorgeberechtigten	
Adresse	
Telefonnummer	

1. Kind	Name	Geburtsdatum
das 1. Kind besucht		
Kinderkrippe	Kindergarten	Hort
..... Name der Einrichtung		
..... Unterschrift und Stempel		
○eine Geschwisterermäßigung in Höhe von 30 % für ein zweites Kind		
2. Kind	Name	Geburtsdatum
das 2. Kind besucht ab dem20.....		
Kinderkrippe	Kindergarten	Hort
..... Name der Einrichtung		
..... Unterschrift und Stempel		
○eine Geschwisterermäßigung in Höhe von 50 % für ein drittes Kind		
3. Kind	Name	Geburtsdatum
das 3. Kind besucht ab dem20.....		
Kinderkrippe	Kindergarten	Hort
..... Name der Einrichtung		



..... Unterschrift und Stempel		
○eine Geschwisterermäßigung in Höhe von 70 % für ein viertes Kind		
4. Kind	Name	Geburtsdatum
das 4. Kind besucht ab dem20.....		
Kinderkrippe Kindergarten Hort		
..... Name der Einrichtung		
..... Unterschrift und Stempel		
○eine Beitragsbefreiung für ein fünftes Kind und mehr		
5. Kind	Name	Geburtsdatum
das 5. Kind besucht ab dem20.....		
Kinderkrippe Kindergarten Hort		
..... Name der Einrichtung		
..... Unterschrift und Stempel		

Die o. g. Angaben entsprechen der Richtigkeit.

Neubiberg, den
.....
 Unterschrift der Eltern

Bestätigung durch die Gemeinde Neubiberg

Die Geschwisterermäßigung gilt ab: _____

Neubiberg, den.....
.....
 Unterschrift und Stempel