

Meldevordruck über die Beendigung eines Kindertagespflegeverhältnis

Name der Kindertagespflegeperson: _____

Kreisausschuss des Landkreis Kassel
Fachbereich Jugend
Fachdienst Kindertagespflege
Wilhelmshöher Allee 19 – 21

34117 Kassel

Angaben zu dem von Ihnen betreuten Kind:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____ (TT.MM.JJJJ)

Ende der Betreuung: _____

Ich versichere die Richtigkeit der
oben stehenden Angaben :

Datum und Unterschrift Personensorgeberechtigte

Ich versichere die Richtigkeit der
oben stehenden Angaben :

Datum und Unterschrift Kindertagespflegeperson