

# ANMELDUNG

nur für Veranstaltungen des Verbandes katholischer  
Kindertageseinrichtungen Bayern e.V.

**Verband katholischer Kindertageseinrichtungen Bayern e.V.**  
Maistraße 5 · 80337 München  
Tel. 089 530725-0 · Fax 089 530725-25

Titel der Veranstaltung \_\_\_\_\_ Kursnummer \_\_\_\_\_

Veranstaltungstermin \_\_\_\_\_ Veranstaltungsort \_\_\_\_\_

Art der Bezahlung:  per Überweisung

Teilnehmer\_In Vor- und Nachname (bitte in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

Funktion:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Träger/Trägervertreter_In | <input type="checkbox"/> Leiter_In            | <input type="checkbox"/> Stellv. Leiter_In | <input type="checkbox"/> Fachberater_In |
| <input type="checkbox"/> Erzieher_In               | <input type="checkbox"/> Kinderpfleger_In     | <input type="checkbox"/> _____             |   |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Sozialpädagoge_In   | <input type="checkbox"/> Kindheitspädagoge_In | <input type="checkbox"/> _____             |   |

Einrichtung Name \_\_\_\_\_ Diözese \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Einrichtungsart:  Kinderkrippe  Kindergarten  Hort  Haus für Kinder  
 Sonstiges

Trägerschaft:  katholisch  evangelisch  kommunal  Sonstiges

Mitglied im Verband:  ja  nein Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse Name \_\_\_\_\_ Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Ich/wir habe/n die Teilnahmebedingungen des Verbandes zur Kenntnis genommen und erkenne/n sie mit dieser verbindlichen Anmeldung zur oben genannten Veranstaltung an.

Datum/Unterschrift Teilnehmer\_In \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift Trägervertreter\_In oder Leiter\_In \_\_\_\_\_