

## 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  | <input type="checkbox"/> Leiter/in            | <input type="checkbox"/> Stellv. Leiter/in                         |
| <input type="checkbox"/> Erzieher/in             | <input type="checkbox"/> Kinderpfleger/in     | <input type="checkbox"/> Heilpädagoge/in, Heilerziehungspfleger/in |
| <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 oder Leiter/in