

Verband katholischer Kindertageseinrichtungen Bayern e. V.
Maistraße 5 · 80337 München
Tel. 089 530725-0 · Fax 089 530725-25
anmeldung@kath-kita-bayern.de

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"/> Leitung | <input type="checkbox"/> Stellv. Leitung | <input type="checkbox"/> Fachberatung |
| <input type="checkbox"/> Erzieher:in | <input type="checkbox"/> Kinderpfleger:in | <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Sozialpädagog:in | <input type="checkbox"/> Kindheitspädagog: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 Leitung
----------------------------------	--