
Name, Vorname (Elternteil 1)

Anschrift (Elternteil 1)

Name, Vorname (Elternteil 2)

Anschrift (Elternteil 2) - falls abweichend

Bezirksamt Marzahn - Hellersdorf von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Kindertagesbetreuung
Riesaer Str. 94
12627 Berlin

Kind/er : _____ geb. am _____
_____ geb. am _____
_____ geb. am _____

VOLLMACHT

Die gegenseitige Bevollmächtigung gilt für folgende Angelegenheiten:

- Antragstellung Kita
- Antragstellung ergänzende Förderung und Betreuung
- Vertragsabschluss für die ergänzende Förderung und Betreuung

Die Zahlung der Kostenbeiträge eFöB erfolgt durch

- Elternteil 1
- Elternteil 2

Datum/Unterschrift (Elternteil 1)

Datum/Unterschrift (Elternteil 2)