

Amt für Jugend und Soziales
 Familienservicebüro
 Fischteichweg 7-13
 26603 Aurich

Eingang am:

Beendigung der Kindertagespflege

Kind

Name Vorname Geb.Datum

Wohnort

Kindertagespflegeperson

Name Vorname Wohnort

Kindes Eltern / Personensorgeberechtigte

| Kindesmutter | Kindesvater |
|------------------------------|------------------------------|
| Name <input type="text"/> | Name <input type="text"/> |
| Vorname <input type="text"/> | Vorname <input type="text"/> |
| Wohnort <input type="text"/> | Wohnort <input type="text"/> |

Die Tagespflege endet zum:

| | Wochentag | Vollständiges Datum |
|--|----------------------|----------------------|
| Letzter <u>tatsächlicher</u> Betreuungstag | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dieser Bogen ist vollständig auszufüllen und von dem Personensorgeberechtigten, sowie der Tagespflegeperson unterschrieben hier einzureichen.

 Ort, Datum

 Unterschrift Antragsteller*in

 Ort, Datum

 Unterschrift Kindertagespflegeperson