



VERTRETUNGSNACHWEIS

Landkreis Märkisch-Oderland
 Jugendamt – FD Kindertagesbetreuung
 Kindertagesbetreuung
 Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Az.: 51.38.04

Nach erfolgter Vertretung ist der Nachweis innerhalb von 14 Tagen einzureichen, um eine ordnungsgemäße Prüfung und Finanzierung durchführen zu können.
***Bitte je Kind einen Nachweis einreichen.**

Kindertagespflegeperson:	Vertretende Kindertagespflegeperson
Vorname Name	Vorname Name
Anschrift:	Anschrift:

Ausfallgrund bitte benennen:

Krankheit Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung Sonstiges (z.B. Urlaub etc.)

Die Betreuung wurde übernommen für das Kind:	
Vorname Name:	Geburtsdatum:
In folgendem Zeitraum: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> vom: bis: </div>	

Die Betreuungszeiten sind in der Anlage zum Vertretungsnachweis aufzuführen.

Ich bitte um Überweisung des Entgeltes der Kindertagespflege für die Vertretungszeit auf das Ihnen bekannte Konto.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass von mir gemachte Angaben wahr und vollständig sind.

Kindertagespflegeperson
 lt. Einzelvereinbarung

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass von mir gemachte Angaben wahr und vollständig sind.

Vertretung

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass von mir gemachte Angaben wahr und vollständig sind.

Eltern des Kindes

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____

Anlage zum Vertretungsnachweis

An folgenden Tagen und Zeiten wurde

das Kind _____ betreut:

Vorname Name

Datum	Stunden
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass von mir gemachte Angaben wahr und vollständig sind.

Datum: _____

Unterschrift: **X** _____