

VERBANDSGEMEINDE LIEBENWERDA

Die Verbandsgemeindebürgermeisterin



Anschrift der Eltern/ Personensorgeberechtigten:

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Posteingang:
(vom Träger auszufüllen!)

Verbandsgemeinde Liebenwerda

Hauptamt

Sachbereich Kitas/Schulen

Markt 1

04924 Bad Liebenwerda

Kündigung des Betreuungsvertrages

Hiermit kündige/n ich/wir den Betreuungsvertrag für mein/unser Kind

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
besuchte Einrichtung:	

Abmeldung zum Ende des Monats (Frist: 1 Monat zum Monatsende)	
---	--

Für die Wahrung der Kündigungsfrist ist das Datum des Posteinganges bei der Verbandsgemeinde Liebenwerda maßgebend.

Bemerkung

Ort und Datum

Unterschrift des 1. Elternteils/Personensorgeberechtigten

Unterschrift des 2. Elternteils/Personensorgeberechtigten