



Gemeinde Heiligengrabe, Am Birkenwäldchen 1a, 16909 Heiligengrabe OT Heiligengrabe

**Bearbeiter:** Frau Geyer  
**Bereich:** Kindertagesstätten  
**Telefon:** 033962 / 67 – 308  
**Fax:** 033962 / 67 – 333  
**E-Mail:** susann.geyer@heiligengrabe.de  
**Website:** <http://www.heiligengrabe.de>  
**Gesch.Z.:**  
(Bei Antwortschreiben bitte angeben)  
**Ihr Az.:**  
**Sprechzeiten:** Dienstag 9-12 und 14-18 Uhr  
Donnerstag 9-12 und 14-16 Uhr

**Datum:**

## Anlage zum Betreuungsvertrag zur Änderung der Betreuungszeit

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Änderung ab \_\_\_\_\_

Betreuungszeit: \_\_\_\_\_

Heiligengrabe, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern bzw.  
Personensorgeberechtigten \_\_\_\_\_