

Antrag zur Aufnahme in der ASB Kita Maulwurf

Hiermit beantrage/n ich/wir aufgrund der §§ 1 und 2 des Kindertagesstättengesetzes die
Aufnahme meines/unseres Kindes in der Kita Maulwurf

☐ Krippe ☐ Kindergarten

Beginn der Aufnahme:

Gewünscht Betreuungszeit:

☐ 6 Stunden ☐ 8 Stunden ☐ 10 Stunden

Name des Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschwisterkinder:

	Name, Vorname	Geburtsdatum
1		
2		
3		
4		

Das Kind hat einen besonderen Förderbedarf

☐ ja ☐ nein wenn ja – Art des Förderbedarfs

Es liegt eine Behinderung vor

☐ ja ☐ nein wenn ja – Art der Behinderung

Kita "Maulwurf" Am Reitplatz 14624 Dallgow-Döberitz
Telefon :03322 - 85 26 070 kita-dallgow@asb-falkensee.org

	1. Sorgeberechtigte/r	2. Sorgeberechtigte/r
Name, Vorname		
Geb. Datum		
gegenwärtige Anschrift		
zukünftige Anschrift		
Familienstand		
Berufstätig	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Telefon		
E-Mail		

Ich /wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten zur Kontaktaufnahme zwecks Kitaplatzvergabe gespeichert werden. Spätestens bis auf Widerruf.

Aus organisatorischen Gründen führen wir einen Austausch und Abgleich der Anmeldedaten mit Dritten, wie zum Beispiel Kommune und anderen Trägern aus.

Ort, Datum

Unterschrift, 1. Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift, 2. Sorgeberechtigte/r

Unsere Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag

06:30 – 16:30 Uhr