# Antrag auf Aufnahme in die Kindertagesstätte / ASB Krippe Sonnenkäfer

**Datum/ Eingang des Antrags:** _____

**Gewünschter Aufnahmetermin**: _____
Bitte bedenken Sie bei der Angabe „Gewünschter Aufnahmetermin“, dass sie eine Eingewöhnungszeit **vor** Ihrem Arbeitsbeginn einplanen.

**Name und Anschrift der gewünschten Kindertagesstätte:**

ASB Krippe Sonnenkäfer Potsdamer Straße 13 14612 Falkensee
Telefon: 03322/ 428309 E-Mail: krippe-sonnenkaefer@asb-falkensee.org

| | | | |
|---|---|---|---|
| Antragssteller/in Name | | Antragssteller/in Name | |
| Vorname | | Vorname | |
| Anschrift | | Anschrift | |
| Telefon | | Telefon | |
| E-Mail | | E-Mail | |

| | |
|---|---|
| Name des Kindes | |
| Vorname des Kindes | |
| Anschrift | |
| geboren am | |
| gewünschte tägl. Aufenthaltsdauer des Kindes in der Kita | |

**Datenschutzhinweis: Aus organisatorischen Gründen führen wir einen Austausch und Abgleich der Anmeldedaten mit Dritten, wie z. B. der Kommune/ Gemeinde und anderen Trägern aus.**

Weitere Bemerkungen:
.....

.....
Datum und Unterschrift der Antragstellenden: