

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Anmeldung

Name, Vorname		
Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Kindergarten halbtags (ohne Essen), bis 12 Uhr

Kindergarten ganztags, bis 16 Uhr

Krippe ganztags, bis 16 Uhr

Hat Ihr Kind einen Anspruch auf teilstationäre Förderung

ja

nein

Aufnahmewunsch:

Besucht das o. g. Kind bereits einen Kindergarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welchen:

Name und Geburtsdaten der Geschwister:

Name, Vorname der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten	
Anschrift	Telefon:
	Handy:
	Email
<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> Vater berufstätig <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Mutter berufstätig <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit bis: _____ <input type="checkbox"/> andere Gründe, welche:	

Anmerkung für die Aufnahme: _____

Ich/wir werde/n die Kita unverzüglich benachrichtigen, wenn ich/wir den Platz nicht mehr benötigen oder ich/wir eine andere Betreuungsform für mein/unser Kind haben möchten

Datum, Unterschrift der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift der Einrichtungsleitung

Bitte senden an: Paritätisches Familienzentrum Papenkamp, Papenkamp 11, 30539 Hannover