

ANMELDUNG FÜR DAS AUFNAHMEVERFAHREN

Rückgabe bis spätestens 15.02.2019



Daten des Kindes

Vorname, Name des Kindes		Geschlecht	Konfession
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Hausarzt mit Telefonnummer		Krankenkasse	

Name und Geburtsdatum von Geschwisterkinder

Integrationsbedarf vorhanden? ja nein

Gewünschter Aufnahmetermin? _____

Gewünschte Betreuungszeit:

Montag, von _____ bis _____ Dienstag, von _____ bis _____

Mittwoch, von _____ bis _____ Donnerstag, von _____ bis _____

Freitag, von _____ bis _____

Platz für gesundheitliche Besonderheiten, Allergien, Mitteilungen, Infos, ...

Daten der Eltern

	Mutter	Vater
Vorname u. Name		
Straße/Nr.		
PLZ/Wohnort		
Telefon		
Handy		
Email		
Telefon Arbeit		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangeh.		
Konfession		
Familienstand		
Beruf		

Diese Einrichtung hat unser Kind bereits besucht:

Name der Einrichtung

Telefonnummer

Folgende Personen (bitte mit Telefonnummer) sind dazu berechtigt, unser Kind vom Kinderhaus abzuholen:

Wir erklären uns damit einverstanden, dass alle angegebenen Daten, die dem Zweck der Anmeldung für das Aufnahmeverfahren dienen, durch das Montessori Kinderhaus Sünching verwendet werden. Ich kann jederzeit die Löschung meiner Daten beantragen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Montessori Kinderhaus
Krankenhausstraße 8
93104 Sünching
Tel. 09480/938509
www.montessori-suenching.de
kh@montessori-suenching.de