

# ANMELDUNG FÜR DAS AUFNAHMEVERFAHREN



## 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

**Gewünschte Gruppe?** Waldgruppe  Hausgruppe

**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](http://www.montessori-suenching.de)  
[kh@montessori-suenching.de](mailto:kh@montessori-suenching.de)