

Stempel Einrichtung

Absender:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stadt Südliches Anhalt  
 Fachbereich 1  
 Weißandt-Görlzau  
 Hauptstraße 31  
 06369 Südliches Anhalt

## Anmeldung für KITA / Hort

- Kinderkrippe**       **Kindergarten**
- 5 Std. tägl. bzw. 25 Std. wöchentl.
- 7 Std. tägl. bzw. 35 Std. wöchentl.
- 9 Std. tägl. bzw. 45 Std. wöchentl.
- 10 Std. tägl. bzw. 50 Std. wöchentl.
- Hort**
- 3 Std. tägl.
- 6 Std. tägl.

**Hinweise:**  
 Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen.  
 Zutreffendes ist anzukreuzen!

Anmeldung für

### 1. Personalien des Kindes/ der Kinder

<b>1. Kind</b>	Familiennamen		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)			Telefon

ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor

<b>2. Kind</b>	Familiennamen		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)			Telefon

ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor

<b>3. Kind</b>	Familiennamen		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)			Telefon

ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor

Stadt Südliches Anhalt - Vordruck 0116/2013

## 2. Personalien der Mutter

Familienname	Vorname
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)	
Beruf	Arbeitgeber
Telefon privat	Telefon dienstlich

## 3. Personalien des Vaters

Familienname	Vorname
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)	
Beruf	Arbeitgeber
Telefon privat	Telefon dienstlich

## 4. Überstandene Krankheiten (freiwillige Angaben)

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Übertragbare Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten *) bitte angeben
sonstige Krankheiten		

**Mit den Aufnahmebedingungen der Kindertagesstätte/ des Hortes erkläre ich mich einverstanden.**

Ort, Datum	Unterschrift eines Personensorgeberechtigten
------------	--

bitte **nicht** ausfüllen - Bearbeitungsvermerke

Antrag eingegangen am:	Eingangsdatum		
Höhe des Kostenbeitrages:	EUR	zu zahlen ab:	Monat, Jahr
Gebührenveränderung bei Geschwisterkind:	Vorname Geschwisterkind	Geburtsdatum	neuer Beitrag EUR