

Stempel Einrichtung

Absender:

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

Anmeldung für KITA / Hort

- Kinderkrippe** **Kindergarten**
- 5 Std. tägl. bzw. 25 Std. wöchentl.
 - 6 Std. tägl. bzw. 30 Std. wöchentl.
 - 7 Std. tägl. bzw. 35 Std. wöchentl.
 - 8 Std. tägl. bzw. 40 Std. wöchentl.
 - 9 Std. tägl. bzw. 45 Std. wöchentl.
 - 10 Std. tägl. bzw. 50 Std. wöchentl.
- Hort**
- 4 Std. tägl. ohne Ferienhort
 - 4 Std. tägl. mit Ferienhort
 - 5 Std. tägl. mit Ferienhort
 - 6 Std. tägl. mit Ferienhort

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Zutreffendes ist anzukreuzen!

Anmeldung für

Monat / Jahr

1. Personalien des Kindes / der Kinder

1. Kind	Familiename		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)			Telefon
<input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor				
2. Kind	Familiename		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)			Telefon
<input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor				
3. Kind	Familiename		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil)			Telefon
<input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor				

Stadt Südliches Anhalt Vordruck 0116/2024

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 unten 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	
Merkblatt Datenschutz ausgegeben am:		

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