

Stempel Einrichtung

Absender:

Verwaltungsgemeinschaft
 "Südliches Anhalt"
 Fachbereich 1
 Hauptstraße 31
 06369 Weißandt-Göolzau

Anmeldung für KITA / Hort

- Kinderkrippe**
 - Ganztagsbesuch** **¾-Tagesbesuch**
 - Halbtagsbesuch**
- Kindergarten**
 - Ganztagsbesuch** **¾-Tagesbesuch**
 - Halbtagsbesuch**
- Hort**
- Befristung von bis**

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

1. Gewünschte Kindereinrichtung: **Edderitz** **Glauzig** **Großbadegast** **Prosigk**
 Quellendorf **Radegast (nur Hort !)** **Schortewitz** **Weißandt-Göolzau**

Anmeldung für

2. Personalien des Kindes/ der Kinder

1. Kind	Familienname		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			Telefon

ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor

2. Kind	Familienname		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			Telefon

ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor

3. Kind	Familienname		Vorname(n)	
	Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			Telefon

ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung liegt vor

3. Personalien der Mutter

Familiename		Vorname	
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Beruf		Arbeitgeber	
Wiederaufnahme des Arbeitsverhältnisses am (Bestätigung des Arbeitgebers):	Ende der Erziehungszeit (Nachweis):	Telefon privat	Telefon dienstlich

4. Personalien des Vaters

Familiename		Vorname	
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Beruf		Arbeitgeber	
Wiederaufnahme des Arbeitsverhältnisses am (Bestätigung des Arbeitgebers):	Ende der Erziehungszeit (Nachweis):	Telefon privat	Telefon dienstlich

5. 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 Erziehungsberechtigten
------------	---

bitte **nicht** ausfüllen - Bearbeitungsvermerke

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