

Antrag auf einen Kindergartenplatz



Krankenhaus Spremberg

Familienname des Kindes:

Vorname des Kindes:

geboren am: in:

Wohnort:

Straße:

lebt bei: Eltern Mutter Vater

Behinderung: nein ja/wenn ja, welche?

Besucht Ihr Kind bereits eine Kinderbetreuungseinrichtung?

nein ja/wenn ja, welche?

Angaben zur Familie

Mutter

Vater

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Telefon		
Beruf		
z. Z. berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erziehungsberechtigt: Eltern Mutter Vater

Anzahl der Geschwister: Alter: / / / /

Ich brauche einen Platz von bis Uhr mit / ohne Mittagessen

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:

.....
Datum:

.....
Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten