

Voranmeldung Ü3 (3-6 Jahre)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> VÖ 7: 7:00 – 14:00 | <input type="radio"/> 7:30-14:30 (100,00€, 60,00€, frei) |
| <input type="radio"/> GT 10: Mo – Do: | <input type="radio"/> 7:00 – 17:00 (205,00€, 125,00€, 95,00€) |
| | <input type="radio"/> 7:30 – 17:30 Uhr |
| Fr.: | <input type="radio"/> 7:00 - 15:30 |
| | <input type="radio"/> 7:30 – 15:30 Uhr |



Alle Angebote zuzüglich Mittagessenspauschale

Vorname und Name des Kindes: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Herkunftsland: _____ Religion: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Straße/ Hausnummer: _____

Tel. Nummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Name Personensorgeberechtigte Person 1: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Straße/ Hausnummer: _____

Personensorgeberechtigt: ja nein

Name Personensorgeberechtigte Person 2: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Straße/ Hausnummer: _____

Personensorgeberechtigt: ja nein

KINDERHAUS Gundelfingen

Reinhold Schneiderstr. 79194 Gundelfingen Tel.: 0761-582284

Email.: kinderhaus.gundelfingen@kbz.ekiba.de

Gesamtleitung: Doris Maeyer-Ringgenburger Hausleitung: Stefanie Dahlem

Alleinerziehend ja nein

Erwerbstätigkeit: ja nein

Beide Personensorgeberechtigten Personen

in einem Haushalt lebend ja nein

beide erwerbstätig ja nein

einer erwerbstätig ja nein

Weiterbildung/ Studium:

Geschwister: _____ (Anzahl) **Alter:** _____

Geschwister in der Einrichtung:

Name: _____ **Alter:** _____

Gruppe: _____

Was Sie über mein Kind wissen sollten: _____

Wunschaufnahmetermin: _____

Ihre Wunsch- Kita? _____ (max. 3 Angaben möglich)

Zur Abstimmung bezüglich Doppelbelegung werden folgende Daten: Vor- und Nachname des Kindes, Alter und Anschrift mit den anderen Trägern abgeglichen. Diesem Abgleich stimme ich zu. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift des Personensorgeberechtigten: _____