

Stadt Altlandsberg
 Berliner Allee 6
 15345 Altlandsberg

Posteingang:

Sachbearbeiterin: Frau Gabriel
 s.gabriel@stadt-altlandsberg.de
 Tel. 033438-15658 Fax 033438-15688

Antrag auf Aufnahme eines Kindes in eine Kindertagesstätte/Hort der Stadt Altlandsberg

Angaben zum Kind	
Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Angaben zur gewünschten Kindertagesstätte (bitte kennzeichnen Sie den Erstwunsch)	
<input type="checkbox"/> Kita "Storchennest" Altlandsberg <input type="checkbox"/> Kita "Storchenvilla" Altlandsberg	<input type="checkbox"/> Kita "Zwergenstübchen" Bruchmühle <input type="checkbox"/> Hort "Altstadthort" Altlandsberg Klasse ____
Gewünschter Aufnahmetermin	Benötigte Betreuungszeit (früheste und späteste Uhrzeit)

Angaben über Geschwister in Tageseinrichtungen der Stadt Altlandsberg		
Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Einrichtung
Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Einrichtung

Mutter / Pflegeperson	Vater / Pflegeperson
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Wohnanschrift aktuell	Wohnanschrift aktuell
neue Anschrift bei Zuzug: ab:	neue Anschrift bei Zuzug: ab:
E-Mail	E-Mail
Telefonnummer	Telefonnummer
alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein personensorge- <input type="checkbox"/> ja berechtigt <input type="checkbox"/> nein
berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Elternzeit von bis	Elternzeit von bis

Datum, Unterschrift Mutter/Pflegeperson

Datum, Unterschrift Vater/Pflegeperson