HAVELBANDE · DU, ICH, WIR.

Anmeldung

Aufnahme für das Jahr 20_____

ACHTUNG! Wir nehmen die Kinder ab zwei Jahren und immer nur nach unserer Sommerschließzeit auf!

DATEN DES KINDES/DER KINDER

Name: _____	**Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____	**Geschlecht:** _____
Religion: _____	**Staatsbürgerschaft:** _____
Muttersprache: _____	**weitere Sprachen:** _____

Name: _____	**Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____	**Geschlecht:** _____
Religion: _____	**Staatsbürgerschaft:** _____
Muttersprache: _____	**weitere Sprachen:** _____

DATEN DER ELTERN/DER SORGEBERECHTIGTEN

Name: _____	**Vorname:** _____
Anschrift: _____	**Geschlecht:** _____
Religion: _____	**Staatsbürgerschaft:** _____
Muttersprache: _____	**weitere Sprachen:** _____
Email: _____	**Mobil:** _____

Name: _____	**Vorname:** _____
Anschrift: _____	**Geschlecht:** _____
Religion: _____	**Staatsbürgerschaft:** _____
Muttersprache: _____	**weitere Sprachen:** _____
Email: _____	**Mobil:** _____

BETREUUNGSWUNSCH / BEGINN DER EINGEWÖHNUNG (JE NACH FERIENLAGE)

☐ **halbtags (9 bis 14 Uhr)**	☐ **teilzeit (5 bis 7 Std.)**	☐ **ganztags (7 bis 9 Std.)**
☐ Juli/August	☐ September	☐ Oktober

Anmerkungen:

_____ Datum

_____ Unterschrift