Anmeldung Kita-Betreuung Halsbrücke

Der Kinderschutzbund
Regionalverband
Freiberg

☐ **Kindertagesstätte „Wirbelwind“**
Bergmannsruh 21
09633 Halsbrücke
Tel.: 03731 246272

☐ **Hort „Wirbelsturm“**
Am Schulberg 10a
09633 Halsbrücke
Tel.: 017647649365

☐ **Kindertagesstätte „Waldwichtel“**
Freiberger Straße 43
09633 Halsbrücke OT Tuttendorf
Tel.: 03731 33900

☐ **Kindertagesstätte „Sonnenuhr“**
Alte Dresdner Str. 57
09633 Halsbrücke
OT Conradsdorf
Tel: 03731 2005400

Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr über die Anmeldung Ihres Kindes. Die Leitung der Einrichtung wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen und einen Gesprächstermin vereinbaren.

- **Vor- und Nachname des Kindes:** _____

  Geschlecht: ☐ Junge ☐ Mädchen ☐ divers
- Wohnort: _____
- Straße: _____
- geb. am: _____
- gewünschtes Aufnahmedatum: _____
- tägliche Betreuungszeit Kita: ☐ 4,5 Std. (bis max. 12 Uhr) ☐ 6 Std. (bis max. 14 Uhr) ☐ 9 Std ☐ 10,5 Std.
- Betreuungszeiten Hort: ☐ 1,5 Std. (nur Frühhort) ☐ 5 Std. (nur nachmittags ☐ 6 Std (Frühhort und nachmittags)
- Haben Sie Ihr Kind in weiteren Einrichtungen angemeldet?

☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Ist die Anmeldung in unserer Einrichtung Ihr Erstwunsch?

☐ ja ☐ nein

- Welche Einrichtung besuchte Ihr Kind bisher? _____
- Wurde Ihr Kind in der bisherigen Einrichtung integrativ betreut?

  ☐ ja ☐ nein
- Hat Ihr Kind gesundheitliche Besonderheiten:

_____

Angaben der Personensorgeberechtigten:

- Vor- und Nachname**:** _____
- Wohnort, wenn anders als oben: _____
- Straße, wenn anders als oben: _____
- Telefonnummer: _____
- Email-Adresse: _____

- Vor- und Nachname**:** _____
- Wohnort, wenn anders als oben: _____
- Straße, wenn anders als oben: _____
- Telefonnummer: _____
- Email-Adresse: _____

- Familienstand:

☐ verheiratet ☐ alleinerziehend ☐ Bedarfsgemeinschaft

- Geschwisterkinder (Name und Alter): _____

Welche Einrichtung besuchen diese:

_____

Bitte informieren Sie uns, wenn es Änderungen zu Ihrem Antrag gibt oder Sie Ihren Antrag zurückziehen möchten. Danke.

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten:

_____

<u>Vermerke der Einrichtung:</u>

Persönlicher Gesprächstermin am: _____

um: _____

Gesprächsnotizen:

_____

_____

_____