



Anmeldung

Deutscher Kinderschutzbund Regionalverband Freiberg e.V.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte „Kibu“
Friedeburger Straße 15
09599 Freiberg
Tel: 03731 2695512 | <input type="checkbox"/> Hort „Kibu“
Friedeburger Straße 17
09599 Freiberg
Tel.: 03731 245250 |
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte Tuttendorf
Freiberger Straße 43
09633 Halsbrücke OT Tuttendorf
Tel.: 03731 33900 | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte Halsbrücke
Bergmannsruh 21
09633 Halsbrücke
Tel.: 03731 246272 |
| <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte „Kunterbunt“
Untere Gasse 9
09627 Hilbersdorf
Tel.: 03731 248018 | |

Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr über die Anmeldung Ihres Kindes. Die Hortleitung wird sich mit Ihnen vor den Sommerferien bzw. vor Schuljahresbeginn in Verbindung setzen und einen Gesprächstermin vereinbaren.

- Vor- und Nachname des **Kindes:** _____
 - Mädchen Junge
- Wohnort: _____
- Straße: _____
- geb. am: _____
- gewünschtes Aufnahmedatum: _____
- Betreuungszeiten Hort:
 - 1,5 Std. (6:00 – 7:30 Uhr)
 - 5 Std. (Unterrichtsende bis 17:00 Uhr)
 - 6 Std (6:00-7:30 Uhr und Unterrichtsende bis 17:00 Uhr)

- Vor- und Nachname der **Mutter:** _____
- Wohnort, wenn anders als oben: _____
- Straße, wenn anders als oben: _____
- Telefonnummern, dienstlich: _____ privat: _____
- Tätigkeit (nach Elternzeit): _____
- Arbeitsstelle: _____
- Arbeitszeit: _____

- Vor- und Nachname des **Vaters:** _____
- Wohnort, wenn anders als oben: _____
- Straße, wenn anders als oben: _____

- Telefonnummern, dienstlich: _____ privat: _____
- Tätigkeit (nach Elternzeit): _____
- Arbeitsstelle: _____
- Arbeitszeit: _____
- Familienstand:
 verheiratet alleinerziehend Bedarfsgemeinschaft

- Haben Sie Ihr Kind in weiteren Einrichtungen angemeldet?

ja nein

Ist die Anmeldung in unserer Einrichtung Ihr Erstwunsch?

ja nein

- Name und Alter der Geschwisterkinder:

Welche Einrichtung besuchen diese: _____

- Hat Ihr Kind gesundheitliche Besonderheiten: _____

- Welche Einrichtung besuchte Ihr Kind bisher?: _____

- Wurde Ihr Kind in der bisherigen Einrichtung integrativ betreut?

ja nein

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

Datum der Anmeldung: _____

Unterschrift der Personensorgerechtigten: _____

Vermerke der Einrichtung:

Persönlicher Gesprächstermin am: _____

um: _____

Gesprächsnotizen: _____

