

Eingangsdatum: _____

ID-Nr.: _____

Antrag zur Aufnahme eines Kindes in der Kindergruppe:

Alternativwunsch: _____

Ich/Wir beantrage/n für mein/unser Kind

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht weiblich männlich

Straße _____

PLZ / Ort _____

Die Aufnahme in der Gruppe für 0-3 jährige

Gruppe für 2,5-6 jährige

Gruppe für Schulkinder

Die benötigte Betreuungszeit beträgt _____ Stunden in der Woche

Eltern	Mutter	Vater
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____

Erziehungsberechtigt

Das Kind lebt bei

Straße _____

PLZ / Ort _____

Email _____

Telefon _____

während des _____

Tages erreichbar _____

Ich/Wir sind mit der Weitergabe meiner/unserer Daten an eine andere Kindertageseinrichtung bzw. an das Amt für soziale Dienste einverstanden.

Bremen, den

Unterschrift der Eltern _____

Dem Antrag bitte einen frankierten Rückumschlag beilegen