**Kindertagesstätte „Am Klinikum“**

Am Klinikum 30, 03099 Kolkwitz

Tel.: 0355 28 09 764 mobil: 0171 68 35 187

Email: post@msz-kolkwitz.de

Anmeldeformular

Vielen Dank, dass Sie sich für einen Platz in unserer Kindertagesstätte interessieren! Mit dem Ausfüllen des Formulars melden Sie Ihr Kind unverbindlich an. Nach der Überprüfung Ihrer Angaben informieren wir Sie über den weiteren Verlauf der Anmeldung.

Persönliche Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| Geschlecht des Kindes: | männlich  weiblich |
|  |  |
| Name des Kindes: |  |
|  |  |
| Vorname des Kindes |  |
|  |  |
| Geburtsdatum des Kindes |  |
|  |  |
| Erziehungsberechtigte/r |  |
|  |  |
| Anschrift |  |
|  |  |
| Telefon |  |
|  |  |
| E-Mail |  |
|  |  |

Betreuung

|  |  |
| --- | --- |
| Vertragsbeginn: |  |
|  |  |
| heilpädagogische Förderung | ja  nein |
|  |  |

Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |