

Eingangsstempel

Servicecenter: 115

Stadt Ludwigshafen am Rhein Kindertagesstätte

Abgesendet von:

Familiename	
Vorname(n)	
Straße	Haus-Nr.
PLZ	Ort
Telefon	
E-Mail	

Voranmeldung für die städtischen Kindertagesstätten

Aufnahmewunsch:

Krippe

TZ

DTZ

GZ

Hort

altersgem. Gruppe

Gewünschtes Aufnahme datum: _____

Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
------	---------	--------------	---------------------

Eltern/Erziehungsberechtigte:

Mutter

Name	Vorname	
Privattelefon:	Diensttelefon:	
Berufstätig:	ja	nein
	Vollzeit	Teilzeit

Vater

Name	Vorname	
Privattelefon:	Diensttelefon:	
Berufstätig:	ja	nein
	Vollzeit	Teilzeit

Bemerkungen

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Kindertagesstätte die Daten (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) meines/unseres Kindes zum Stadtteilabgleich verwenden darf.

Ort

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Ort

Datum

Unterschrift der Leitungskraft