

# Anmeldung



zum \_\_\_\_\_

bzw. zum nächsten Kindergartenjahr

Vor- und Zuname des Kindes:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich Geschwisterkind in Einrichtung:  ja  nein

25 Stunden  35 Stunden Block  35 Stunden geteilt  45 Stunden Block

Besonderheiten beim Kind, z.B. Allergien, Frühförderung, logopädische Behandlung...

\_\_\_\_\_

## Eltern bzw. Sorgeberechtigte

Vor- und Zuname der Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession \*: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Vaters: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession \*: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

alleinerziehend  verheiratet  eheähnliche Gemeinschaft

\*freiwillige Angabe

Ihre Angaben unterliegen den Datenschutzbestimmungen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der persönlichen Angaben, erklären Ihr Einverständnis zum Aufnahmeverfahren des Kindergartens und geben die Erlaubnis zur Weiterleitung der Weiterverarbeitung von personenbezogenen Daten nach § 3 DSGVO & §3a DSGVO, Abs.1. Die Entscheidung, welche Kinder in den Kindergarten aufgenommen werden, erfolgt gemäß den Aufnahmekriterien, die der Rat der Einrichtung erstellt.

Oerlinghausen, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ev. Familienverbundzentrum Oerlinghausen  
KITA Löwenzahn  
Nina Michael  
Auf dem Röden 18  
33813 Oerlinghausen  
Tel.: 05202/ 5203  
Fax: 05202/926342  
kiga-loewenzahn@web.de  
[www.ev-kindergartenverband.de](http://www.ev-kindergartenverband.de)



## Liebe Eltern!

Ich freue mich, dass Sie Ihr/e Kind/er bei uns im Ev. Familienverbundzentrum KITA Löwenzahn angemeldet haben.

Als Familienzentrum nehmen wir uns, unter anderem auch zur Aufgabe, Ihnen als Eltern eine möglichst individuelle Betreuungszeit anzubieten. Neben den regulären Öffnungszeiten, die einmal im Kindergartenjahr anhand einer Bedarfsabfrage festgestellt werden, halten wir für einen darüber hinaus erforderlichen Betreuungsbedarf eine Randstundenbetreuung vor.

Bitte teilen Sie uns, Ihren Bedarf außerhalb der Öffnungszeiten (bei 45Stundenbuchung) mit.

**Mo -Do**      **7.00-16.30 Uhr**

**Fr**            **7.00-16.00 Uhr**

In einem anschließenden persönlichen Gespräch werden wir das weitere Vorgehen besprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Nina Michael

Leitung vom Ev. Familienverbundzentrum Oerlinghausen KITA Löwenzahn

Stand 2015/2016

---

Ich/ Wir benötigen für unser Kind \_\_\_\_\_

an folgenden Tagen eine **Randstundenbetreuung** in der Zeit von:

- Montag      von \_\_\_\_\_ Uhr      bis \_\_\_\_\_ Uhr
- Dienstag    von \_\_\_\_\_ Uhr      bis \_\_\_\_\_ Uhr
- Mittwoch    von \_\_\_\_\_ Uhr      bis \_\_\_\_\_ Uhr
- Donnerstag   von \_\_\_\_\_ Uhr      bis \_\_\_\_\_ Uhr
- Freitag        von \_\_\_\_\_ Uhr      bis \_\_\_\_\_ Uhr
- 

Ort, Datum

Unterschrift