

**Kindertagesstätte
Wasbek**
Schulstraße 6
24647 Wasbek
 Telefon: 04321 / 66743
 Fax: 04321 / 9639909
 E-Mail: info@kita-wasbek.de



Anmeldung

Kind		
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit

Erziehungsberechtigte		
Mutter:		privat dienstlich mobil
	Name, Vorname - Straße - Ort	Telefon
Ich bin alleinerziehend und berufstätig:		() ja () nein
Vater:		privat dienstlich mobil
	Name, Vorname - Straße - Ort	Telefon
Ich bin alleinerziehend und berufstätig:		() ja () nein
Beide Eltern sind berufstätig:		() ja () nein

Geschwister	
Anzahl	Alter

Angabe des Betreuungswunsches <u>zum</u>							
(Bitte setzen Sie für <u>alle</u> gewünschten Zeiten ein Kreuz.)							
Datum:							
<input type="checkbox"/>	Frühdienst FD1	07.00 – 07.30 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Frühdienst FD2	07.30 – 08.00 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	reg. Kitaplatz	08.00 – 12.00 Uhr					
<input type="checkbox"/>	reg. Krippenplatz (U3)	08.00 – 12.00 Uhr					
<input type="checkbox"/>	Spätdienst SD1	12.00 – 12.30 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Spätdienst SD2	12.30 – 13.00 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Betreuung N1	13.00 – 14.00 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Betreuung N2	14.00 – 15.00 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Betreuung N3	15.00 – 16.00 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Betreuung N4	16.00 – 17.00 Uhr	O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr
<input type="checkbox"/>	Mittagessen		O Mo	O Di	O Mi	O Do	O Fr

Zahlung der Gebühr für die Benutzung der Kindertagesstätte
<input type="checkbox"/> Ich/Wir erteile/n der Amtskasse Mittelholstein die jederzeit widerrufliche Vollmacht, die Gebühr für die Benutzung der Kindertagesstätte zu den fälligen Terminen von meinem/unserem Konto abzurufen. (Bitte Anlage „SEPA-Basislastschrift-Mandat“ ausfüllen)
<input type="checkbox"/> Ich/Wir werden die monatliche Gebühr für die Benutzung der Kindertagesstätte auf das Konto der Amtskasse Mittelholstein (IBAN: DE20 2145 2030 0000 0016 00) überweisen.

Für Notfallsituationen

Im Notfall benachrichtigen		
	Name, Vorname	Telfon <i>mit Vorwahl</i>
	Name, Vorname	Telfon <i>mit Vorwahl</i>

Hausarzt		
	Name, Vorname	Telfon <i>mit Vorwahl</i>

Krankenkasse	
<i>Versicherungsnehmer</i>	
<i>Versicherungsnummer</i>	

Gesundheitliche Einschätzungen

Allergien	
Unverträglichkeiten	
Sonstiges	

Unterstützende Maßnahmen

z.B. Sprachförderung, Ergotherapie, Psychomotorik, Krankengymnastik, Frühförderung etc.	
--	--

Die Satzung für die Kindertagesstätten des Schulverbandes Wasbek und die Gebührensatzung für die Benutzung der Kindertagesstätten des Schulverbandes Wasbek wurde einem Einziehungsberechtigten ausgehändigt.

Änderungen zu den Angaben in dieser Anmeldung werde ich umgehend der Kindertagesstättenleitung mitteilen.

Schriftverkehr (z.B. Elternbriefe, Extraabrechnung)

Ich möchte über E-Mail informiert werden.
E-Mail-Adresse(n): _____

Ich möchte über Post informiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift d. Kindergartenleitung

Zuweisung in Gruppe:

Bitte in der Kindertagesstätte Wasbek abgeben!