Ev.-luth. Kindertagesstättenverband Cuxhaven
Niedersachsenstraße 3, Halle IX, 27472 Cuxhaven

ANMELDUNG WARTELISTE KRIPPE REGERSTRASSE

Niedersachsenstraße 3, Halle IX,
27472 Cuxhaven
Telefon 0 47 21-7 49 30 30
Telefax 0 47 21-7 49 30 41
info@kitas-cuxhaven.de
www.kitas-cuxhaven.de

Angaben zum Kind

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ W ☐ M ☐ D		
Staatsangehörigkeit		Muttersprache	
Konfession			
Geschwister			

Datum Wunschaufnahme		
Besondere Informationen		
Besteht ein besonderer Bedarf oder Förderbedarf beim Kind	☐ Ja	☐ Nein
Für Zugezogene: Lag eine Betreuung am vorherigen Wohnort vor	☐ Ja	☐ Nein

Informationen zu den Sorge-/ Erziehungsberechtigten:

	Sorge-/ Erziehungsberechtigten	
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Konfession		
Straße		
Postleitzahl/ Wohnort		
Telefonnummer		
Mobiltelefon		
E-Mail		
Geschlecht	☐ W ☐ M ☐ D	☐ W ☐ M ☐ D

Berufstätig	☐ Ja	☐ Nein	☐ Ja	☐ Nein
Berufsbezeichnung				
Anstellung	☐ ganztags ☐ Halbtags ☐ stundenweise ☐ Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Elternzeit am		☐ ganztags ☐ Halbtags ☐ stundenweise ☐ Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Elternzeit am Bitte auch Seite 2 ausfüllen	

Teilnahme an einer Maßnahme	☐ Bildungsmaßnahme ☐ Sprachkurs Uhrzeiten ☐ Sonstiges	☐ Bildungsmaßnahme ☐ Sprachkurs Uhrzeiten ☐ Sonstiges
Erhalten Sie Leistungen zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des SGB II	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Gewünschte Betreuungsform

Krippe	**Kita**
☐ 07.30 - 08.00 Uhr - Frühdienst	
☐ 08.00 - 12.00 Uhr – Kernzeit (ohne Mittagessen)	
☐ 08.00 - 14.00 Uhr - Kernzeit	

Hort	
Schule	
Klasse	
Uhrzeiten	
Ferienbetreuung	

Ich versichere, dass alle von mir auf dem Anmeldeformular getätigten Angaben vollständig und korrekt sind. Falls sich Änderungen zu Ihren Angaben ergebe, teilen Sie uns diese bitte mit.

Wir sind damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes ab dem Datum der Anmeldung auf den Wartelisten des ev.-luth. Kindertagesstättenverband Cuxhaven dokumentiert werden.

_____ _____

Datum Unterschrift der Erziehungssorgeberechtigten

Eingegangen am:

_____

Datum Unterschrift