

**Antrag auf Aufnahme eines Kindes in die
Evangelische Kindertagesstätte "Altenburg"**

Am Schlossberg 7 • 36304 Alsfeld
Tel. 06631 – 3313
ev.kita.altenburg.alsfeld@ekhn-net.de

Angaben über das Kind

Nachname:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... weiblich männlich

Konfession:.....Staatsangehörigkeit:.....

Das Kind lebt bei: beiden Elternteilen der Mutter dem Vater

	Mutter	Vater
Personensorgeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name		
Vorname		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Handy		
E-Mail		

Gewünschter Aufnahmetermin:.....Modul: 1 2

Wird der Platz dringend benötigt wegen? Berufstätigkeit Alleinerziehend Sonstiges

Liegt eine Schutzimpfung gegen Masern vor? JA NEIN

Hat Ihr Kind chronische Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, Diätvorschriften, etc.?

.....

Datum

Unterschrift