

Ev.- luth. Kindertagesstätte „Kükennüst“

Gottfried-Keller-Str. 6, 26506 Norden

Telefon und Fax: 04931-919160,

Mail: mail@kuekennuest.de



Name, Vorname der Mutter, ggf. sonstiger Sorgeberechtigter	Name, Vorname des Vaters, ggf. sonstigen Sorgeberechtigten
Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Email-Adresse	Email-Adresse
Telefon	Telefon

An den

Ev.-luth. Kirchenkreisverband Ostfriesland-Nord

über die Leitung der Tageseinrichtung

Ich / Wir melde(n) mein/unser Kind für einen Betreuungsplatz im ev.- luth. Kindergarten Kükennüst

zum _____ an.

➔ Diese Anmeldung ist keine verbindliche Zusage!

Mir/Uns ist bekannt, dass über die Aufnahme der Träger entscheidet.

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum des Kindes	Liegt eine Erkrankung / Behinderung / Allergie des Kindes vor, die einen besonderen Betreuungsbedarf erfordert? Wenn ja, welche?
Staatsangehörigkeit des Kindes	Religionszugehörigkeit	
Muttersprache des Kindes	Name des Hausarztes	

Ich/Wir wünsche(n) eine Betreuung meines/unseres Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Betreuungsform:

<input type="checkbox"/> Kindergarten 8.00 bis 13.30 Uhr Kinder ab 3 Jahre	<input type="checkbox"/> Krippe 8.00 bis 14.00 Uhr Kinder bis 3 Jahre
<input type="checkbox"/> mit zusätzlichem Frühdienst Kindergarten von 7.30 bis 8.00 Uhr	<input type="checkbox"/> mit zusätzlichem Frühdienst Krippe von 7.30 – 8.00 Uhr
<input type="checkbox"/> mit zusätzlichem Spätdienst Kindergarten von 13.30 bis 14.00 Uhr	

Besonderheiten / Bemerkungen:

.....Ort, Datum

.....Unterschrift des/der Sorgeberechtigten