

Anmeldeformular

Tel.-Nr. 0661-9640-686

Fax-Nr. 0661-964691

Antragssteller/-in:

Daten zum Kind:

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Strasse/ Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ / Ort:

Nationalität

Telefon-Nummer:

Ab wann benötigen Sie einen Platz?

Mitglied der Hochschule Fulda (Mitarb./ Studierende)

Familienstand/ Status der Eltern

Bedarf Nachmittagsbetreuung Ja/ Nein

Studiengang/ Arbeitgeber

Wieviele Betreuungstage benötigen Sie?

Haben Sie Ihr Kind bereits in einer anderen Kindertagesstätte/ Krippe vormerken lassen?

Ja

Nein

| Name der Einrichtung | Vormerkdatum | Name der bevorzugten Kindertageseinrichtung |
|----------------------|--------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die oben aufgeführten Daten zum Zwecke des Platzabgleiches zwischen den Kindertagesstätten in der Stadt Fulda gespeichert und ausgetauscht werden. Nach Erhalt eines Kindertagesstättenplatzes werden diese Daten unverzüglich gelöscht.

Ort / Datum

Fulda,

Unterschrift
