

Ev. Kindergarten „Schloss-Spatzen“  
 Am Schloss 5 a  
 01744 Dippoldiswalde

**Aufnahmeantrag**

**Ev. Kindergarten „Schloss-Spatzen“**

Name des Kindes						
Geburtsdatum						
Gewünschte Betreuungszeiten	4,5 h	6 h	7,5 h	9 h	9,5 h	10 h
Sonstiges						
gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme						

<b>Mutter</b>			<b>Vater</b>		
sorgeberechtigt	ja	nein	sorgeberechtigt	ja	nein
Name			Name		
Anschrift			Anschrift		
Telefon privat			Telefon privat		
Telefon dienstlich			Telefon dienstlich		
Handy			Handy		
E-Mail			E-Mail		
Arbeitsstelle			Arbeitsstelle		
Arbeitszeit			Arbeitszeit		
Datum			Datum		
Unterschrift			Unterschrift		