

.....
(Name, Vorname der/ des Erziehungsberechtigten)

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(Postleitzahl, Wohnort)

.....
(Telefon)

.....
(mobil)

.....
(E-Mail)

ASB-KiTa Kindergarten Todendorf

Rönnbaum 14

22965 Todendorf

Telefon 04534 – 8339, Fax 04534 – 204434

Antrag auf Zuteilung eines Kindergartenplatzes für unser Kind

Begründung der Anmeldung im Kindergarten Todendorf:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Vorname Nachname | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Staatsangehörigkeit, erste Sprache | |
| Beginn der Betreuung | |
| Betreuungszeiten | 32,5 Wochenstunden: Mo. – Fr. 07:30 Uhr – 14:00 Uhr |
| | 44,5 Wochenstunden: Mo. – Fr. 07:30 – 17:00 Uhr, Fr. 07:30 – 14:00 Uhr |

| | |
|--------------------------|--|
| Pädagogisches Konzept | |
| Geschwisterkind | |
| Wohnortnähe | |
| Betriebsnähe | |

Unser/ Mein Kind ist krankenversichert bei:

Die Konzeption und die Allgemeinen Vertragsbedingungen sind uns inhaltlich bekannt.

Die Personensorgeberechtigten stimmen als gesetzliche Vertreter ihres Kindes zu, dass ihre Daten und die Daten ihres Kindes zu den sich aus dem Betrieb der Tageseinrichtung und dieser Anmeldung ergebenden Zwecken elektronisch oder schriftlich erhoben, gespeichert, verarbeitet, geändert und genutzt werden. Dies schließt auch die unter den Bedingungen des staatlichen Datenschutzes mögliche Übermittlung an staatliche Stellen, insbesondere die Erfassung dieser Anmeldung in der Landesweiten Kita-Datenbank Schleswig-Holstein ein.

Wir haben Kenntnis von der aktuellen Datenschutzerklärung asb-sh.de/datenschutz und von unserem Widerrufsrecht.

.....
(Datum)

.....
(Unterschriften der Personensorgeberechtigten)