



Anmeldeformular

Wir möchten unser Kind in,

- der Krippe (von 7.30 – 14.00 Uhr)
 dem Kindergarten (von 8.30 -12.30 Uhr) anmelden.

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Name des Kindes: _____

Geschlecht: _____

Geboren am: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

	Mutter	Vater
Familienname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Geb.am	_____	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Tel.priv.:	_____	_____
Tel.dienstl.:	_____	_____
E-Mailadresse:	_____	

Lebt Ihr Kind bei den Eltern: Ja Nein

Wenn nein, bei wem? (Adresse) _____

Waldorfkindergarten Wilhelmshaven

Genossenschaftsstraße 107 A
26389 Wilhelmshaven
Telefon: 0 44 21 / 735 05
www.waldorfkindergarten-wilhelmshaven.de
info@waldorfkindergarten-wilhelmshaven.de

IBAN DE48 2825 0110 0002 6117 88
BIC BRLADE21WHV

Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik in Wilhelmshaven und Umgebung

Genossenschaftsstraße 107 A
26389 Wilhelmshaven
Telefon: 0 44 21 / 735 05

IBAN DE28 2825 0110 0002 6116 63
BIC BRLADE21WHV

Mitglied in der
Vereinigung der
Waldorfkindergärten

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND

Wer ist sorgeberechtigt? _____

Geschwister:

Name:

Besuchte Ihr Kind bisher eine Einrichtung? Wenn ja, welche?

Überstandene Krankheiten: _____

Impfungen: _____

Behandelnder Arzt _____ Krankenkasse: _____

Die Aufnahmebedingungen habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und erkenne/n an.

Die Kindergartenordnung habe/n ich/wir erhalten

Datum / Unterschrift (Eltern): _____

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.

Entgegengenommen durch:

Datum / Unterschrift (Erzieherin): _____