



Anmeldeformular

Wir möchten unser Kind in

- der Krippe (von 7.30 – 14.00 Uhr)
- dem Kindergarten (von 7.30-14.00 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:	_____	

Waldorfkindergarten Wilhelmshaven
 Genossenschaftsstraße 107 A
 26389 Wilhelmshaven
 Telefon: 04421/73505
 www.waldorfkindergarten-wilhelmshaven.de
 info@waldorfkindergarten-wilhelmshaven.de

**Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik
 in Wilhelmshaven und Umgebung e.V.**
 Genossenschaftsstraße 107 A
 26389 Wilhelmshaven
 Telefon: 04421/73505

IBAN DE48 2825 0110 0002 6117 88
 BIC BRLADE21WHV

IBAN DE28 2825 0110 0002 6116 63
 BIC BRLADE21WHV



Lebt Ihr Kind bei den Eltern: Ja Nein

Wenn nein, bei wem? (Adresse) _____

Wer ist sorgeberechtigt? _____

Geschwister _____

Name _____

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

Überstandene Krankheiten: _____

Impfungen: _____

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): _____