



Kindertagesstätte des Deutsch- Türkischen Freundschaftsvereins Siegburg e. V.

Anmeldung

Siegburg, den _____

Gewünschte Aufnahme: _____

Angaben über das Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb. am: _____ in _____

Tel: _____ Staatsangehörigkeit: _____

E-Mail Adresse: _____

Wie lange lebt die Familie in Deutschland: _____

Muttersprache: _____

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Krankheiten / Allergien: _____

Welche Betreuungszeit wird benötigt: _____

25 Stunden: 7:15h – 12.15h

35 Stunden: 7:15h – 14.15h

Block 35 Stunden: 7:15h – 12:15h 14:00h – 16:00h

45 Stunden: 7:15h – 16:30h

Name und Anschrift/ Tel. des Vaters: _____

Arbeitsstätte des Vaters: _____

Name und Anschrift/ Tel. der Mutter: _____

Arbeitsstätte der Mutter: _____

Besteht bereits Kontakt zum Allgemeinen Sozialen Dienst der Stadt Siegburg?

Ja
Nein

Besteht beim Kind bereits ein Therapiebedarf?

Ja
Nein

Haben die Eltern einen gesetzlichen Vertreter bestellt durch das Amtsgericht?

Ja
Nein

Wir sind damit einverstanden, dass die Anmeldedaten unseres Kindes zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten integrativen Betreuung, an das Amt für Jugend, Schule, und Sport der Stadt Siegburg weitergeleitet werden darf. Ebenso dürfen die Daten auf Anfrage des Amtes für Jugend, Schule und Sport der Stadt Siegburg, im Rahmen der Bedarfsplanung übermittelt werden.

Ja
Nein

Wie ist Ihr persönlicher Bedarf bei den Öffnungszeiten?

Wie sehen Ihre Wunschbetreuungszeiten aus?

Wenn nein, was würden Sie benötigen?

Wir wurden deutlich darauf hingewiesen, dass die angegebenen Buchungszeiten verbindlich sind, da sie vom Gesamtstundenbudget der Kita abhängig sind und nicht ohne weiteres geändert werden können.

Wir wurden in schriftlicher Form nach Artikel 13 und 14 DSGVO informiert.

Ja

Datum / Ort

Unterschrift
