

zurück an:

Stadt Altlandsberg  
Berliner Allee 6  
15345 Altlandsberg

Sachbearbeiterin:

Frau Wenzel  
Tel. 033438-15626  
Fax 033438-15688  
c.wenzel@stadt-altlandsberg.de

## Antrag auf Aufnahme eines Kindes in eine Kindertagesstätte

### Angaben zum Kind

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

### Angaben zur gewünschten Kindertagesstätte

Name der Kita <input type="checkbox"/> Kita "Storchennest" Altlandsberg <input type="checkbox"/> Kita "Zwergenstübchen" Bruchmühle <input type="checkbox"/> Hort Altlandsberg	
Gewünschter Aufnahmeterrin	Benötigte Betreuungszeit (früheste und späteste Uhrzeit)

### Angaben über Geschwister in Tageseinrichtungen der Stadt Altlandsberg

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Tageseinrichtung

## Angaben zu den Personensorgeberechtigten

### Mutter / Pflegeperson

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	Telefonnummer
E-Mail	alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich befinde mich	<input type="checkbox"/> in einem Arbeitsverhältnis von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> in Ausbildung / in einem Studium von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> in einer Weiterbildung / Umschulung von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> in Elternzeit von _____ bis _____
Ich bin	<input type="checkbox"/> arbeitsuchend von _____ bis _____

### Vater / Pflegeperson

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	Telefonnummer
E-Mail	alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich befinde mich	<input type="checkbox"/> in einem Arbeitsverhältnis von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> in Ausbildung / in einem Studium von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> in einer Weiterbildung / Umschulung von _____ bis _____
	<input type="checkbox"/> in Elternzeit von _____ bis _____
Ich bin	<input type="checkbox"/> arbeitsuchend von _____ bis _____

Datum, Unterschrift Mutter / Pflegeperson

Datum, Unterschrift Vater / Pflegeperson