

**Anmeldung mindestens 6 Monate vor Aufnahme!**

**Eingangsdatum:**

Frau Stöckert / Telefon: 036605 88 129 / Fax: 036605 88 128 / E-Mail: [kindergarten@stadt-bad-koestritz.de](mailto:kindergarten@stadt-bad-koestritz.de)

Anmeldung zur Aufnahme eines Kindes in die  
**Kindertageseinrichtung „Bummi“** der Stadt Bad Köstritz  
in Trägerschaft des Arbeiterwohlfahrt Kreisverbandes Greiz e.V.



**Angaben über das aufzunehmende Kind** (bitte ausfüllen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Wohnanschrift  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter/ Sorgeberechtigte:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Wohnanschrift (falls abweichend vom Kind)  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vater/ Sorgeberechtigter:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_  
Wohnanschrift (falls abweichend vom Kind)  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Aufnahme des Kindes** (bitte ausfüllen)

Betreuungsbeginn (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_  
Vertragsbeginn (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_ 01. \_\_\_\_\_

**Die Betreuung kann frühestens in dem Monat beginnen, in dem das Kind das 1. Lebensjahr vollendet hat. Vertragsbeginn ist stets der 01. des Monats.**

**Betreuungsumfang:**

halbtags (6:00 – 12:00 Uhr)  ganztags  
im Zeitraum von \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Monat / Jahr Monat / Jahr Monat / Jahr

**bitte wenden!**

