

Antrag auf einen Platz in der Betriebskita

Stauferklinikum Ostalb-Klinikum

Kind

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte Person

Alleinerziehend

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, PLZ/Wohnort

Telefon

E-Mail

Klinikstandort

Berufsgruppe

Abteilung

Werden Geschwisterkinder bereits in unserer
Einrichtung betreut?

Nein

Ja

Wenn Ja:

Vorname/Nachname

Geburtsdatum

Vorname/Nachname

Geburtsdatum

Gewünschtes Aufnahmedatum

TT.MM.JJJ

Betreuungszeit (Wochentage und Uhrzeit)

Bemerkungen

Sorgeberechtigte Person

Datum

Unterschrift

Eingangsbestätigung

Datum

Unterschrift

Hinweis: Mit dem Ausfüllen des Antrags stimmen Sie einem Austausch der oben angegebenen Daten mit dem jeweiligen Kita-Betreiber zu.