



Anmeldeformular Kindergarten

Sie sind an der Aufnahme Ihres Kindes in unserer Einrichtung interessiert? Bitte füllen Sie diesen Aufnahmeantrag aus. Wir informieren Sie schnellstmöglich, ob wir Ihnen einen Platz zur Verfügung stellen können.

Angaben des Kindes

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Hausarzt des Kindes: _____

Anschrift und Telefon des Arztes: _____

Gewünschter Eintrittstermin in den Kindergarten: _____

Buchungszeiten

Der Kindergarten ist von Montag bis Donnerstag von 7:30 Uhr bis 17:00 Uhr* und Freitag von 07:30 bis 15:00 Uhr geöffnet. Die Mindestbuchungszeit beträgt 4-5 Std (Kernzeit 07:30 bis 12:30 Uhr). Der monatliche Beitrag ergibt sich aus der durchschnittlichen Betreuungszeit pro Tag. *Die Öffnungszeiten richten sich nach der Nachfrage.

Buchungszeiten	von	bis
montags	07:30 Uhr	_____ Uhr
dienstags	07:30 Uhr	_____ Uhr
mittwochs	07:30 Uhr	_____ Uhr
donnerstags	07:30 Uhr	_____ Uhr
freitags	07:30 Uhr	_____ Uhr
∅ Buchungszeit		

Elternbeiträge je Buchungszeit ohne Essen (+ 38€ Frühstück & Mittag)

4-5 Stunden	165,00 €	7-8 Stunden	197,00 €
5-6 Stunden	179,00 €	8-9 Stunden	209,50 €
6-7 Stunden	187,00 €		

Waldorfkindergarten Freising

Sonnenstrasse 23 □ 85356 Freising

Tel: 08161/ 230441

info@waldorf-freising.de



Angaben der Geschwisterkinder

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kurzcharakteristik des Kindes

Besucht(e) Ihr Kind eine Krabbelstube oder Kleinkindergruppe?

Wie sehen Sie Ihr Kind? (Geben Sie bitte eine kurze Charakterisierung)

Warum möchten Sie Ihr Kind in unseren Waldorfkindergarten geben?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten?

Sonstiges



Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Vater

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Krankenkasse: _____ Email: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Anschrift der Arbeitsstätte: _____

Mutter

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Krankenkasse: _____ Email: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Anschrift der Arbeitsstätte: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der)
Erziehungsberechtigten