

Bitte vorlegen beim Träger der Einrichtung:
 Gemeinde Ahrensfelde
 Lindenberger Straße 1
 16356 Ahrensfelde
 Frau Stern/ Frau Niemann
 Tel.: +49 (30) 936900- 165 oder -173
 Fax: +49 (30) 936900-69



Eingangsdatum:
 (von der Gemeinde auszufüllen)

Antrag zur Aufnahme in eine Kindertagesstätte der Gemeinde Ahrensfelde

Aufnahme des Kindes zum: _____

Eingewöhnung des Kindes : von _____ bis _____

Antragsteller(in)	Personensorgeberechtigter 1	Personensorgeberechtigter 2
Familienname, Vorname		
Wohnanschrift		
Telefonnummer		
erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gemäß der §§ 1 und 2 des Kindertagesstättengesetzes des Landes Brandenburg i.d.g.F. beantrage(n) ich/wir die Aufnahme meines/ unseres Kindes in einer Kindertagesstätte der Gemeinde Ahrensfelde.

Angaben zu den unterhaltsberechtigten Kindern	Familienname, Vorname des Kindes/ der Kinder	Geb. Datum	gewünschte Kindertagesstätte
Kind, für das die Aufnahme beantragt wird			
weitere unterhaltsberechtigzte Kinder der Familie			

Folgende tägliche/ wöchentliche Betreuungszeit wird beantragt: _____

Das Kind besucht zurzeit: keine Kita Kita: _____

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen:

- Kopie der Geburtsurkunde
- Nachweis über gemeinsame Personensorge (bei unverheirateten Eltern)
- Negativbescheinigung über Alleinsorge

Ich/ wir erkläre(n), dass meine/ unsere Angaben in allen Punkten wahrheitsgemäß und vollständig sind und verpflichte(n) mich/ uns wesentliche Änderungen in den Einkommens- und/ oder Familienverhältnissen unverzüglich mitzuteilen.

Hinweis:

Ihre Angaben werden auf der Grundlage der §§ 1,2,17 des Kindertagesstättengesetzes des Landes Brandenburg i.d.g.F. in Verbindung mit § 12 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt.

Ohne Ihre vollständigen Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden, und eine Aufnahme in eine Kindertagesstätte kann nicht erfolgen.

 Ort, Datum

 Unterschrift der/ des Personensorgeberechtigten