
**Vor- und Familienname des(r)
Antragstellers(in)**

Postleitzahl und Anschrift

Telefon-Nummer

Ort und Datum

Kindergartenantrag für August 2024 Öffnungszeiten 7:00 Uhr bis 15:30 Uhr

1. ANGABEN ZUM KIND:

VOR UND ZUNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

2. ANGABEN ZUM AUFNAHMEWUNSCH:

Ich melde hiermit mein Kind verbindlich in den folgenden Wochen an:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Woche (5.8.- 9.8.) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Woche (12.8.-16.8.) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Woche (19.8.-23.8.) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Woche (26.8.-30.8.) | <input type="checkbox"/> |

Halbtägiger Besuch ohne Essen bis 13:05 Uhr

Halbtägiger Besuch mit Essen bis 13:05 Uhr

Ganztagsbesuch

3. WELCHEN KINDERGARTEN BESUCHT DAS KIND

**BEI EINER ALLFÄLLIGEN AUFNAHME MEINES/UNSERES KINDES IN DEN STÄDTISCHEN
KINDERGARTEN VERPFLICHTE(N) ICH/WIR UNS, DIE KINDERGARTENORDNUNG EINZUHALTEN.**

Informationen zum Datenschutz:

Die von Ihnen bekanntgegebenen Daten werden im Rahmen des konkreten Verfahrens und der gesetzlichen Zulässigkeit an sonstige Verfahrensbeteiligte weitergegeben und gespeichert. Im Zusammenhang mit der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Auskunft, Richtigstellung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung sowie das Recht Beschwerde bei der Datenschutzbehörde zu erheben.

**Unterschrift der Eltern bzw.
Erziehungsberechtigten**