

Posteingang am: _____ bei: _____
 Termin am: _____ bei: _____
 vorgesehen für: _____
 aufgenommen in Gruppe: _____

Waldorfkindergarten
 Friedlebenstraße 52
 60433 Frankfurt a. M.
 Telefon 069/ 9 53 06-140
 Telefax 069/ 95 29 42 25

Aufnahme – Antrag – Waldorfkindergarten

halbtags zweidrittel ganztags

1. für _____
(Rufname/Vornamen/Familienname des Kindes)

männlich weiblich geboren am: _____ in: _____

Staatsangehörigkeit _____ Konfession: _____

2.

	Mutter	Vater	Stiefeltern/Betreuer
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familienstand			
Straße			
PLZ/Wohnort			
Telefon privat			
Telefon mobil			
E-Mail			
Staatsangehörigkeit			
Konfession			
ausgeübter Beruf			
erlernter Beruf			
beschäftigt in Firma			
Telefon dienstlich			

bitte wenden

