

Antrag auf Aufnahme in den ASB Hort Spielinsel

Gewünschter Aufnahmetermin:

Eingang:

Antragssteller/in Name		Antragssteller/in Name	
Vorname		Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Telefon		Telefon	
Email		Email	

Name des Kindes		
Vorname des Kindes		
Anschrift		
geboren am		
Schule des Kindes		
gewünschte tägl. Aufenthaltsdauer des Kindes im Hort	<input type="checkbox"/> bis zu 4 Stunden	<input type="checkbox"/> über 4 Stunden Frühhort oder nach 16 Uhr Betreuung

Datenschutzhinweis: Aus organisatorischen Gründen führen wir einen Austausch und Abgleich der Anmeldedaten mit Dritten, wie z. B. der Kommune/ Gemeinde und anderen Trägern aus.

Weitere Bemerkungen:

.....
.....

.....
Datum und Unterschrift der Antragstellenden: