

## Antrag auf Aufnahme in die Kindertagesstätte / ASB Familienzentrum

Datum/ Eingang des Antrags: \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Bitte bedenken Sie bei der Angabe „Gewünschter Aufnahmetag“, dass Sie eine Eingewöhnungszeit **vor** Ihrem Arbeitsbeginn einplanen.

**Name und Anschrift der gewünschten Kindertagesstätte:**

ASB Familienzentrum, Potsdamerstr.13, 14612 Falkensee  
Telefon: 0322/428309 E- Mail: familienzentrum@asb-falkensee.org

Antragssteller/in Name		Antragssteller/in Name	
Vorname		Vorname	
Anschrift		Anschrift	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	

Name des Kindes	
Vorname des Kindes	
Anschrift	
geboren am	
gewünschte tägl. Aufenthaltsdauer des Kindes in der Kita	

**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: