



**Anmeldung zur Aufnahme in die Warteliste**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr. \_\_\_\_\_

Ganztagsplatz  Teilzeitplatz  *zutreffendes bitte ankreuzen*

Krippe  Kita

Anmeldedatum \_\_\_\_\_ gewünschtes Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

**Wir bitten um Beachtung, dass wir im Rahmen der Masernimpfpflicht nur Kinder mit einem ausreichenden Impfschutz oder einer ärztlich nachgewiesenen und attestierten Kontraindikation aufnehmen dürfen!**

**Im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung weisen wir darauf hin, dass die Daten elektronisch gespeichert werden. Außerdem weisen wir darauf hin, dass diese Anmeldung ausschließlich für die Kita Schwabsburger Schlosskinder in Schwabsburg gilt!**

**Einverständnis zum Austausch der Daten:**

Wir sind damit einverstanden, dass die Kita-Leitung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens die notwendigen Daten meines Kindes mit den Leitungen der anderen Kitas in Nierstein und Schwabsburg abgleicht.

- Ja
- Nein

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten