

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Leipzig-Stadt e. V.  
Kindertageseinrichtung "Dr. Bärchen"  
Friedrichshafner Str. 21  
04357 Leipzig

## Antrag auf Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung des Deutschen Roten Kreuzes, Kreisverband Leipzig-Stadt e. V.

Name des Kindes (wie in Geburtsurkunde angegeben)			
Geburtstag			
Referenznummer			
Gewünschter Aufnahmeterrn			
Betreuungszeit in Stunden/Tag			
Integrationsplatz erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Sorgeberechtigte	Sorgeberechtigter	
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon			
Email			
Geschwisterkind/er in Kita/Hort			
	Name	Geburtsdatum	Einrichtung/seit wann
1.			
2.			

Bemerkungen:

---

Dieser Antrag ist zwei Jahre gültig und wird nach Ablauf dieser Zeit vernichtet.  
Beachten Sie bitte, dass Sie keine schriftliche Bestätigung Ihres Antrages auf Aufnahme durch uns erhalten.

Ihre angegebenen persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Eingangsvermerk: