

# Aufnahmeantrag      2012/2013

Mütterzentrum Huchting e.V.

Tel: 0421/589200

Amersfoorter Str. 8

28259 Bremen

ID-Nummer: .....

Ich / wir beantrage/n für mein/unser Kind

Name: .....

Vorname: .....

geboren am: .....

Staatsangehörigkeit: .....

Geschlecht: m ( )      w ( )

die Aufnahme in eine Kindergruppe des Mütterzentrums Huchting e.V.

Kleinkindgruppe – Stiftchen                      Kinder (1<3 Jahre)      Mo. – Fr.      7.00 – 15.00 Uhr      ( )

Minikindergarten

Marienkäfer                      Kinder (1,5<3 Jahre)      Mo., Do., Fr.      8.00 – 13.00 Uhr      ( )

Schmetterlinge                      Kinder (1,5<3 Jahre)      Di., Mi.      8.00 – 13.00 Uhr      ( )

Mäuse                      Kinder (1,5<3 Jahre)      Di., Do., Fr.      15.00 – 18.00 Uhr      ( )

Grashüpfer                      Kinder (3<6 Jahre)      Mo, - Fr.      8.00 – 14.00 Uhr      ( )

Offener Hort                      Kinder (6<14 Jahre)      Mo, - Fr.      8.00 – 17.00 Uhr      ( )

**Mutter:**

Name: .....

Vorname: .....

Nationalität: .....

Beruf: .....

Anschrift: .....

.....

Tel.: privat .....

Tel.: tagsüber .....

**Vater:**

Name: .....

Vorname: .....

Nationalität: .....

Beruf: .....

Anschrift: .....

.....

Tel.: privat .....

Tel.; tagsüber .....

**Aufnahmekriterien sind:**

- ( ) Berufstätigkeit beider Eltern oder des allein erziehenden Elternteils
- ( ) Ausbildung, berufliche Bildung eines Elternteils und Berufstätigkeit des anderen bzw. Ausbildung beider Elternteile
- ( ) regelmäßige, ehrenamtliche Tätigkeit in der Kindereinrichtung / Mütterzentrum
- ( ) längerfristige Krankheit des erziehenden Elternteils, oder die Familie belastende Krankheit eines anderen Familienmitgliedes
- ( ) pädagogische Gründe, zur Altersentsprechenden Entwicklung der Fähigkeiten des Kindes
- ( ) .....

Für den Fall, dass das Kind nicht aufgenommen werden kann, kommt folgende Einrichtung als Zweitwahl in Frage: .....

Ich / Wir, die Personensorgeberechtigte/n sind mit der Weitergabe meiner / unserer Daten an eine andere KinderTageseinrichtung bzw. an das Amt für Soziale Dienste einverstanden.

.....

Datum

.....

Unterschrift/en

## Aufnahmeantrag 2012/2013

Mütterzentrum Huchting e.V.

Tel: 0421/589200

Amersfoorter Str. 8

28259 Bremen

ID-Nummer: .....

Ich / wir beantrage/n für mein/unser Kind

Name: ..... Vorname: .....

geboren am: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Geschlecht: m ( ) w ( )

die Aufnahme in einen Eltern-Kind-Spielkreis des Mütterzentrums Huchting e.V..

**Frösche**                      Kinder (0<1 Jahr)      Do.    9.30 – 11.30 Uhr    ( )

**Krümel**                      Kinder (1<3 Jahre)      Mo.    15.30 – 17.30 Uhr    ( )

**Fuzzi**                        Kinder (1<3 Jahre)      Mi.    15.30 – 17.30 Uhr    ( )

**Mutter:**

Name: .....

Vorname: .....

Nationalität: .....

Beruf: .....

Anschrift: .....

.....

Tel.: .....

Datum: .....

**Vater:**

Name: .....

Vorname: .....

Nationalität: .....

Beruf: .....

Anschrift: .....

.....

Tel.: .....

Unterschrift/en: .....