

Absender:

.....
Name, Vorname

.....
Straße u. Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort



über das Amt Preetz-Land
Am Berg 2

24211 Schellhorn

Aufnahme unseres/meines Kindes im Kindergarten Postfeld

- Regelplatz (5 Tage pro Woche)
 Befristeter Ausnahmeplatz (3 Tage pro Woche)

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtstag des Kindes:

Name/n des/der Sorgeberechtigten:

Anschrift:

Telefon:

Anzahl und Alter aller im Haushalt lebender Kinder:

Vater berufstätig: ja nein

Mutter berufstätig: ja nein

Die Kindergarten-Benutzungsgebühren bestimmen sich nach der jeweils geltenden
Gebührenordnung der Gemeinde Postfeld.

Die Anträge werden nach Eingangsdatum in unserer Vormerkliste notiert. Hat Ihr Kind das
Kindergartenalter erreicht, und es steht ein freier Kindergartenplatz zur Verfügung, erhalten
Sie von uns eine Nachricht.

Gewünschter Aufnahmetermine (Jahr)

Ich/Wir bestätige(n) den Erhalt der Kindertageseinrichtung Postfeld und erkenne(n) diese an.

.....
Datum

.....
Unterschrift/en der/des Sorgeberechtigten