

Anmeldung



KINDERGARTEN

Weidenweg 4
23562 Lübeck
Tel.: 0451-55054
Fax: 0451-6116289
www.tingelfing.de

Kind

Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum _____
Geschlecht w [] m []
Nationalität _____
Konfession _____
Geschwister (Name/n, Geb.dat.) _____
gewünschter Aufnahmeterrnin _____
besondere Hinweise _____

Sorgeberechtigte/r

weitere/r Sorgeberechtigte/r

Anrede _____	Anrede _____
Vorname _____	Vorname _____
Nachname _____	Nachname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Beruf _____	Beruf _____
gleiche Adresse Ja [] Nein []	
Straße _____	Straße _____
PZL, Ort _____	PZL, Ort _____
Telefon _____	Telefon _____
E-Mail _____	E-Mail _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle mit meiner Anmeldung mitgeteilten Daten im Rahmen der Kindertagesbetreuung verarbeitet werden dürfen. Unter dem Begriff "verarbeitet" fallen alle Verwendungen, die in § 67 Abs. 6 & 7 des zehnten Sozialgesetzbuches vorgesehen sind. Insbesondere gehören dazu die Befugnis der Weitergabe der Daten an die Hansestadt Lübeck als öffentlicher Jugendhilfeträger, an andere Kindertageseinrichtungen oder Stellen der Kindertagespflege sowie der Abgleich der Daten mit diesen Stellen. Der Einsatz von elektronischer Datenverarbeitung ist zulässig.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift