

# Aktion Sonnenschein Thür. e. V.

Montessori-Integrative-**Kinderkrippe** (0 – 3 Jahre)

✉ Nordhäuser Str. 74 / Haus **25** | 99089 Erfurt  
☎ 0361.781 48 **80**  
📠 0361.781 48 **79**  
@ **krippe**@montessori-erfurt.de  
🌐 [www.aktion-sonnenschein-thueringen.de](http://www.aktion-sonnenschein-thueringen.de)

Montessori-Integrative-**Kindertagesstätte** (ab 3 Jahre)

✉ Nordhäuser Str. 74 / Haus **24** | 99089 Erfurt  
☎ 0361.781 48 **55**  
📠 0361.781 48 **56**  
@ **kita**@montessori-erfurt.de



Aktion Sonnenschein  
Thüringen e. V.

## Anmeldung für einen Ganztagsplatz ab

		2	0		
--	--	---	---	--	--

Monat | Jahr

### 1. Kind

Familienname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Welche Bedingungen zur Teilhabe des Kindes sind wichtig? / Informationen zu Kind & Familie (z. B. Allergien, Verpflegung)

### 2. Eltern bzw. Gesetzliche Vertreter

	MUTTER	VATER
Familienname	_____	_____
Vorname	_____	_____
Geburstag	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Straße	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Email	_____	_____
Telefon privat	_____	_____
Telefon dienstl.	_____	_____
Arbeitgeber	_____	_____
Beruf	_____	_____
Bitte ankreuzen Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Zusammen- lebend <input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Zusammen- lebend <input type="checkbox"/> ledig
Bitte ankreuzen sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 3. Geschwister

Familienname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 4. Schutzimpfung des Kindes lt. STIKO geplant

bitte ankreuzen

ja  nein

### 5. Montessori-Laufbahn Bitte ankreuzen

Gewünschter Übergang in: Montessori-**Kita**  ja  nein Montessori-**Grundschule**  ja  nein

Diese Anmeldung garantiert noch keinen Platz in der gewünschten Einrichtung.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern/ gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_