

## Anmeldung für die Eltern-Kind-Gruppe

Ich/Wir möchte/n mein/unser Kind für die o.a. Gruppe anmelden:

Name- und Vorname des **Kindes**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße

PLZ

Wohnort

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Für den Besuch der Eltern-Kind-Gruppe ist ein Beitrag zu entrichten.  
 Der monatliche Beitrag wird als Festbetrag in Höhe von derzeit **25,00 €** erhoben  
 und mittels Einzugsermächtigung monatlich vom Konto abgebucht.

**Ein Besuch unserer Einrichtung ist nur möglich, wenn ein ausreichender Masernimpfschutz durch Nachweis gegeben ist.**

Als Anlage erhalten Sie das Merkblatt zum Infektionsschutzgesetz, das Hinweisblatt Masernschutzimpfung und Hinweise zur Datenverarbeitung.  
 Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in dieser Anmeldung erhobenen  
 Daten zu Verwaltungszwecken in der Geschäftsstelle vom  
 Förderkreis Waldorfpädagogik Cuxhaven e.V. gespeichert werden.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

info@waldorf-cuxhaven.de www.waldorf-cuxhaven.de Tel. 04721-38107 Fax. 04721-681849

Elternbeiträge: Stadtparkasse Cuxhaven Kto. DE05 2415 0001 0000 1122 01  
 Spenden: HypoVereinsbank Cuxhaven Kto. DE85 2003 0000 0002 9646 58

 Vereinigung der  
 Waldorfkinderergärten

MITGLIED  
 IMPARTATSCHEN  
 NIEDERSACHSEN

