

Anmeldung

für einen **Krippenplatz** **Kindergartenplatz**

Name des Kindes _____ geb. am _____

Name Mutter / Vater _____

Wohnanschrift _____ Tel.: _____

E-Mail-Adresse _____

Arbeitsstelle Mutter _____ Tel.: _____

Arbeitsstelle Vater _____ Tel.: _____

	Ja	Nein
Mitarbeiter Universitätsklinikum Dresden / Medizinische Fakultät der TU Dresden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter im Konsortium (Herzzentrum DD, CRTD, Max-Planck-Institut, FZD Rossendorf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwisterkind bereits in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Sollte zum gewünschten Termin kein Platz frei sein, wie lange möchten Sie Ihre Anmeldung aufrechterhalten? _____

Voraussichtliche Betreuungszeit:

4,5 Std.	6 Std.	7 Std.	8 Std.	9 Std.	10 Std.	11 Std.
-------------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------

Einverständnis:

Ich gebe mein Einverständnis, dass obenstehende Daten als auch solche, welche zur Platzvergabe im Rahmen der Vereinbarung über Belegrechte erforderlich sind (STE/ Tätigkeit/AV-Befristung) zwischen der TSA und dem UKD ausgetauscht werden können.

Datum

Unterschrift