



Institut Lernen und Leben e.V.
Hauptgeschäftsstelle
Am Campus 14
18182 Rostock-Bentwisch

Kita "Gewächshaus"
Ernst-Heydemann-Str. 12
18057 Rostock
Ansprechpartner: Frau Spörcke

Telefon: 0381/4 94 55 20
Telefax: 0381/4 94 55 22
E-Mail: KitaGewaechshaus@ill-ev.de
Internet: www.ill-ev.de

**Anmeldung für einen Kita-Platz
in der Kindertagesstätte des Universitätsklinikums "Gewächshaus"
Träger: Institut Lernen und Leben e.V.**

	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
ab Aufnahmedatum berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____
PLZ _____ Wohnort _____

Straße und Hausnummer

Telefonnummern: _____
Festnetz _____ Mobil _____

Die Betreuung soll erfolgen ab: _____

Betreuungsform: **Kinderkrippe (0-3 Jahre)** **Kindergarten (3 Jahre bis Einschulung)**

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ganztags (bis zu 10 Std.) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | teilzeit (bis zu 6 Std.) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | halbtags (bis zu 4 Std.) | <input type="checkbox"/> |

Die Ganztagsversorgung umfasst Frühstück, Mittag, Vesper und Abendbrot.

Datum _____

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten _____

Ich stimme der Datenerfassung für die Warteliste im Onlineportal der Stadt Rostock zu. **JA / NEIN**

(vom Dezernat Personalwesen des Universitätsklinikums Rostock zu bestätigen)

Beschäftigung: unbefristet befristet bis zum: _____

Datum _____

Unterschrift/Stempel _____