

## Anmeldebogen VÖ-Gruppe



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

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

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

Email: \_\_\_\_\_

Name und Alter der Geschwister:

\_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

**Öffnungszeiten:** Montag – Freitag      07:15 – 13:15 Uhr

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

**Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung:** Bitte beachten Sie, dass mit dem Ausfüllen des Formulars und der Angabe Ihrer Daten Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Mit dem Abgeben des Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden, um Ihren Antrag bzw. Ihre Anfrage zu bearbeiten.