



V O R M E R K B L A T T



Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Adresse des Kindes: _____

Geschwister: _____

wohnt bei den Eltern/der Mutter/dem Vater:

Telefon: _____ E-mail: _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ beschäftigt bei: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ beschäftigt bei: _____

Waldorfkindergarten im Zentrum Wiens, e.V.



Warum wollen Sie Ihr Kind zu uns in den Kindergarten geben?

Welchen Bezug haben Sie zur Waldorfpädagogik?

Ab wann würden Sie den Platz im Kindergarten benötigen? frühestens: _____

spätestens: _____

Welche Betreuungszeit wünschen Sie für Ihr Kind?

Halbtags/Teilzeit ohne Essen Teilzeit mit Essen Ganztags

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Kontaktdaten, damit Sie der Waldorfkindergarten im Zentrum Wiens über Neuigkeiten und Veranstaltungen per E-Mail kontaktieren kann. Sie können diese Zustimmung jederzeit persönlich im Kindergartenbüro, per E-Mail an office@waldorfkindergarten1040.at oder telefonisch unter +43 1 712 18 82 widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum: _____

Unterschrift: _____