# FELVÉTELI KÉRELEM

Név:

Kölyökvár Közhasznú Egyesület Nonprofit szervezet és Kölyökvár Játszóház Nonprofit Kft

Levelezési cím/iroda: 8100 VÁRPALOTA, SZABOLCSKA M. U. 34.

Telephely: 9028 GYŐR, SZENT IMRE U. 83/B, Kakashegy u. 20/A

e-mail: kolyokvar@kolyokvar.eu

tel.: 06 96/246-310

mobil: 06 30/571-9252

#### Családi Bölcsőde ellátásának igénybevételére

Gyermek neve: ……………………………………………………………………………….

Anyja leánykori neve: ……………………………………………………………………………….

Címe:

……………………………………………………………………………….

Születési hely, idő, taj szám:

……………………………………………………… ………………………

Mikortól kéri a felvételt: ………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Szülők | Anya | Apa |
| Név: Szül. hely, idő:Anyja neve: Családi állapot:Lakóhely és ha van, akkor a tartózkodási hely is:Állampolgárság:Munkahely:Ha nem dolgozik, akkor kérjük beírni, hogy milyen gyermekellátási támogatásban részesül: Telefonszámok: | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………… | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| A kérelem indoklása (milyen okból, mennyi időre és milyen időszakban kéri a gyermek családi napköziben történő ellátását): |

…………… 2017. ……………………

 …………………………..………….

 szülő/törvényes képviselő aláírása