



Anmeldung

Kind

Name	.....	Vorname	.....
Geburtsdatum	.....	Nationalität	.....
Heimatort	.....	Konfession	.....
Muttersprache	.....	Weitere Sprachen	.....
Strasse	.....	
PLZ Ort	.....	

Geschwister

Name und Jahrgang

Eltern

Mutter Name	.....	Vorname	.....
Beruf	.....	Strasse	.....
Telefon (G)	.....	PLZ Ort	.....
Telefon (P)	.....	E-mail	.....
Mobile	.....	

Vater Name	.....	Vorname	.....
Beruf	.....	Strasse	.....
Telefon (G)	.....	PLZ Ort	.....
Telefon (P)	.....	E-mail	.....
Mobile	.....	

Erziehungsberechtigt

Verheiratet Ja Nein

Weitere Kontaktperson

Kinderarzt

Zahnarzt

Tagesbetreuung /Halbtagesbetreuung mit Mittagstisch

Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>	Donnerstag <input type="checkbox"/>	Freitag <input type="checkbox"/>
Nur Vormittag <input type="checkbox"/>	Nur Vormittag <input type="checkbox"/>	Nur Vormittag <input type="checkbox"/>	Nur Vormittag <input type="checkbox"/>	Nur Vormittag <input type="checkbox"/>
Nur Nachmittag <input type="checkbox"/>	Nur Nachmittag <input type="checkbox"/>	Nur Nachmittag <input type="checkbox"/>	Nur Nachmittag <input type="checkbox"/>	Nur Nachmittag <input type="checkbox"/>

Gewünschtes Eintrittsdatum:

(Rechnen Sie bitte mit min. 2 Wochen
Eingewöhnungszeit für Ihr Kind)

Bemerkungen

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift/en