

Anmeldeformular

Liebe Eltern

Das untenstehende Formular ist keine verbindliche Platzreservierung sondern dient der Kita Zwergenstube zur Kontaktaufnahme und als Informationsquelle. Sobald ein Platz frei ist, setzen wir uns gerne mit Ihnen in Verbindung. Bitte beachten sie, dass die minimale Betreuungszeit 20% beträgt.

Personalien des Kindes/er:

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____

Nationalität: _____

Sprache: _____

Geschwister: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Gewünschte Betreuungszeiten:

| Wochentag | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|------------|--------|----------|----------|------------|---------|
| Vormittag | | | | | |
| Nachmittag | | | | | |
| Ganzer Tag | | | | | |

***Bitte beachten sie dass, die minimale Betreuungszeit 20% beanspruchen muss.**

Gewünschtes

Eintrittsdatum: _____

Wichtige Informationen:

Hat Ihr Kind Gesundheitliche Probleme oder Allergien ?

Personalien der Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Nationalität: _____

Sprache: _____

Zivilstand: _____

Arbeitgeber: _____

Tel./Arbeit: _____

Email: _____

Personalien des Vaters:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Nationalität: _____

Sprache: _____

Zivilstand: _____

Arbeitgeber: _____

Tel./Arbeit: _____

Email: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____