



Anmeldeformular

Gewünschtes Aufnahmedatum: _____ . _____ . _____

(Bitte ankreuzen):

Krippe:

5 Std

6 Std

8 Std

10 Std

12 Std

Elementar:

5 Std

6 Std

8 Std

10 Std

12 Std

Kind:

Junge / Mädchen (Bitte Unzutreffendes streichen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Muttersprache: _____

Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Muttersprache: _____

Vater:

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Muttersprache: _____

Adresse:

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Geht bereits ein Geschwisterkind in unsere Einrichtung?

Ja, Name des Kindes: _____

Elementar / Krippe (bitte Unzutreffendes streichen)

Nein

Datum / Unterschrift aller Erziehungsberechtigten
