

Anmeldung im Kindertraum-Haus

Angaben über das Kind:

Name Vorname
 Geburtsdatum Geschlecht m w
 Muttersprache
 Hausarzt/ärztin Tel.Nr.
 Krankheiten/Allergien

Angaben über die Mutter:

Name
 Vorname
 Adresse
 PLZ/Ort
 Telefon privat
 Natel Nummer
 Telefon Geschäft
 E-Mail
 Nationalität
 Berufliche Tätigkeit
 Arbeitgeber
 Zivilstand

Angaben über den Vater:

Name
 Vorname
 Adresse
 PLZ/Ort
 Telefon privat
 Natel Nummer
 Telefon Geschäft
 E-Mail
 Nationalität
 Berufliche Tätigkeit
 Arbeitgeber
 Zivilstand

Gewünschte Betreuungstage (bitte ankreuzen)

	MO	Di	Mi	DO	FR
Ganztag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eintrittsdatum Eingewöhnung
 Spezielles

Um auf der Warteliste zu bleiben bitten wir Sie, Ihr Interesse alle drei Monate zu bestätigen. Sollten Sie eine andere Betreuungslösung finden, sind wir froh eine kurze Mitteilung zu erhalten.

Ort/Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: