

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"/>

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:
