

Anmeldung für Betreuungsplatz

Mutter

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 PLZ / Ort _____
 Beruf _____
 Arbeitgeber _____
 Tel. P. / Handy _____
 Tel. Geschäft _____
 E-Mail _____

Vater

Name _____
 Vorname _____
 Adresse _____
 PLZ / Ort _____
 Beruf _____
 Arbeitgeber _____
 Tel. P. / Handy _____
 Tel. Geschäft _____
 E-Mail _____

Kind 1

Name _____ Knabe Mädchen
 Vorname _____ Muttersprache _____
 Geburtsdatum _____ Eintrittsdatum _____
 Nationalität _____

Gewünschte Betreuungstage

	Ganzer Tag	Halber Tag inkl. Essen	Halber Tag ohne Essen
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitszustand des Kindes

Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Krankheit: Ja / Nein

Wenn ja, welche: _____

Hat Ihr Kind Allergien: Ja / Nein

Wenn ja, welche: _____

Kind 2

Name _____ Knabe Mädchen
Vorname _____ Muttersprache _____
Geburtsdatum _____ Eintrittsdatum _____
Nationalität _____

Gewünschte Betreuungstage

	Ganzer Tag	Halber Tag inkl. Essen	Halber Tag ohne Essen
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitszustand des Kindes

Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Krankheit: Ja / Nein

Wenn ja, welche: _____

Hat Ihr Kind Allergien: Ja / Nein

Wenn ja, welche: _____

Die Anmeldung gilt als verbindlich, sobald der Betreuungsvertrag, sowohl von der Eltern, als auch der Krippenleitung, unterzeichnet wurde.

Ort / Datum

Mutter

Vater

Bitte schicken Sie die Anmeldung an folgende Adresse Verein Kita Rosalie
z. Hd. Frau Jeannette Dörig
Saïen 951
9107 Urnäsch