

ANMELDUNG

Für:	halbtags (7:30 - 12:30)	ganztags (7:30 - 15:00)
<input type="checkbox"/> Krippe 1-3 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nestgruppe 2-4 Jahre	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kindergartengruppe 3-6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorname des Kindes: _____
 Nachname: _____
 Geburtstag: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Wie war Ihr Kind bisher betreut?

Mutter: Vorname: _____ Nachname: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Stadt: _____ Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____	Vater: Vorname: _____ Nachname: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Stadt: _____ Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____
--	---

Geschwister:

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Besucht zurzeit folgende Einrichtung:

Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam?

Warum interessieren Sie sich für unsere Einrichtung?

Haben Sie Ihr Kind noch in einer anderen Einrichtung angemeldet?

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des /der Erziehungsberechtigten