



Anmeldeformular

Name & Vorname des Kindes:

.....

Adresse:.....

PLZ:..... Ort:.....

Telefon:.....

Geburtsdatum :..... Nationalität :.....

Muttersprache :.....

Geschwister:..... Geboren am:.....

Geschwister:..... Geboren am:.....

Geschwister:..... Geboren am:.....

Geschwister:..... Geboren am:.....

Eintrittsdatum in der Kita:.....

Gewünschte Tage

	Morgen	Mittag	Nachmittag
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Bitte die gewünschten Tage ankreuzen.

Versicherungen

Kranken und Unfall Versicherung :

.....

Gesundheit

Kinderarzt:

.....

Spez. med. Anforderungen:

.....
.....
.....
.....

Diät:

.....
.....
.....
.....

Allergien:

.....
.....
.....
.....

Kontakt Daten Mutter

Name:.....

Vorname:.....

Tel. Geschäft:.....

Handy:.....

Kontakt Daten Vater

Name:.....

Vorname:.....

Tel. Geschäft:.....

Handy:.....

Personen die das Kind abholen dürfen

Name:.....

Tel.:.....

Name:.....

Tel.:.....

Name:.....

Tel.:.....

Name:.....

Tel.:.....