

Anmeldeformular

Gewünschter Aufnahmetermin / Datum:

Kind			
Name, Vorname			
Geboren am			
Wohnort, Straße			
Geschlecht		Staatsangehörigkeit:	
Religion*)			

Personensorgeberechtigter 1 (Vater)			
Name, Vorname			
Wohnort, Straße			
Beruf*)			
Erreichbar		Festnetz mobil Geschäftlich E-Mail	

Personensorgeberechtigter 2 (Mutter)			
Name, Vorname			
Wohnort, Straße			
Beruf*)			
Erreichbar:		Festnetz mobil Geschäftlich E-Mail	

Geschwisterkind/er			
Name	geb.	Name	geb.

Wer kann im Notfall informiert werden, falls Eltern nicht erreichbar sind?	
Name, Vorname	Telefonnummer

Hausarzt, der konsultiert werden kann – im Notfall auch jeder andere Arzt	
Name, Vorname	Adresse, Telefonnummer

Abholberechtigte neben den Personensorgeberechtigten (Kinder unter 14 Jahren sind nicht abholberechtigt)	
Name, Vorname	Adresse, Telefonnummer

Buchungszeiten (von – bis)	
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Impfungen	Datum	gelbe U-Heft und den Impfausweis vorgelegt
Tetanus		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Masern		

Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit oder Konstitution des Kindes (Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Chronische Krankheiten etc.)	

Hat das Kind bereits eine andere Einrichtung besucht:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja falls ja welche?

Sonstige Bemerkungen: z.B. Sorgerecht, wenn nicht beide Elternteile sorgeberechtigt sind

*) freiwillige Angaben

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Personensorgeberechtigten/Eltern