



Anmeldeformular

Name des Kindes:

Geb.Datum des Kindes: SV-Nr.

Name der Eltern:

Wohnhaft in:

Telefonnummern d. Eltern:

Krankheiten/Allergien:

Darf das Kind bestimmte Lebensmittel nicht zu sich nehmen?

.....

Tetanusimpfung: ja nein

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Bitte ankreuzen	Wochentag	Betreuungszeit von - bis
<input type="checkbox"/>	Montag	
<input type="checkbox"/>	Dienstag	
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	
<input type="checkbox"/>	Freitag	

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: