



Anmeldeformular

Krippe	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Elementar	5 plus <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Tägliche Betreuungszeit					
von: _____ Uhr bis _____ Uhr					
Wo wird das Kind zur Zeit betreut ?					
Gruppe (wird von der Leitung ergänzt)					
Angaben zum Kind					
Vorname:			Nachname:		
männlich <input type="checkbox"/>	Geburtstag:		Geburtsort:		
weiblich <input type="checkbox"/>					
Geburtsland					
Herkunftsland					
Staatsangehörigkeit					
Religion / Konfession					
getauft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Muttersprache					
spricht deutsch? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Vorrangig gesprochene Sprache					
Wohnanschrift		Strasse Hausnummer		Postleitzahl Ort	
Bundesland					
Bekannte Allergien					
Einschränkungen beim Essen					
Krankenversicherung / Hausarzt					
Krankenversicherung					
Versicherungsnummer					
Hausarzt					



Angaben zu den Erziehungsberechtigten

	Mutter	Vater
Attribute	<input type="checkbox"/> abholberechtigt <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> Postempfänger <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> abholberechtigt <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> Postempfänger <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger
Vorname		
Nachname		
Wohnanschrift: Strasse PLZ Ort	<input type="checkbox"/> wie Kind	<input type="checkbox"/> wie Kind
Bundesland		
Beruf		
Geburtstag		
Geburtsland		
Herkunftsland		
Religion Konfession		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Telefon		
Mobiltelefon		
e-Mail		

1. Unterschrift Erziehungsberechtigten
 Datum Ort

2. Unterschrift Erziehungsberechtigten
 Datum Ort