

ANMELDEFORMULAR KINDERKRIPPE SCHIGUNA (unverbindlich)



Name, Vorname Geschlecht		Muttersprache/n	
Geburtsdatum		Sorgerecht	
Gewünschte Eingewöhnung: (2Wochen) Eintritt:		Religion Ausübend?	Ja ___ Nein ___ Ja ___ Nein ___
Standort	Kronenwiese	Tobelegweg	

GEWÜNSCHTE BETREUUNGSTAGE jeweils von 7:00 h bis 18:00 h

MONTAG	DIENTSTAG	MITTWOCH	DONNERTAG	FREITAG

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Vorname, Nachname Mutter:	Vorname, Nachname Vater:
Geburtsdatum Mutter:	Geburtsdatum Vater:
Anschrift:	Anschrift falls anders:
Mobile:	Mobile:
Arbeit:	Arbeit:
Home:	Home:
Mail:	Mail:
Nationalität: Heimatort:	Nationalität: Heimatort:
Beruf: Arbeitgeber: Funktion:	Beruf: Arbeitgeber: Funktion:
Familienstatus	
Notfallkontakt und Nummer	

Wir benötigen einen subventionierten Platz

Ja _____

Nein _____