



Aichkirchen



Bachmanning



Neukirchen

Anmeldeformular Krabbelstube

Angaben zum Kind		
Familienname:		Geburtsdatum:
Vorname:		SV Nummer:*
Straße:		PLZ/Ort:
Geschwisterzahl:		Geburtsjahre:(Geschwister)
Geschlecht:	o m o w o d	
Staatsangehörigkeit:		Religionsbek.:*
Mutter-(Erst-)sprache:		
Hat das Kind bereits eine andere Einrichtung besucht?	ja o nein o	wenn ja, welche:
Hausarzt/Kinderarzt:		
Med. Auffälligkeiten (Allergien, Operation, Asthma,...)		

*optional

Angaben zu den benötigten Betreuungszeiten					
	Vormittag		Nachmittag		Mittagessen
	von	bis	von	bis	
Montag					ja o nein o
Dienstag					ja o nein o
Mittwoch					ja o nein o
Donnerstag					ja o nein o
Freitag					ja o nein o
derzeitige Betreuungszeiten:	07:00	13:00	nein	nein	
Ab wann soll das Kind die Einrichtung besuchen?					

Angaben Erziehungsberechtigte

1. Elternteil

Familienname:		Straße:	
Vorname:		PLZ/Ort:	
Email:			
Telefon:		Karenz bis:	
Beschäftigungsausmaß:	<input type="radio"/> Vollzeit	<input type="radio"/> Teilzeit	Std.
Firma:			
Beruf:			
erreichbar unter:			
Bestätigung Dienstgeber	Unterschrift und Firmenstempel		

2. Elternteil

Familienname:		Straße:	
Vorname:		PLZ/Ort:	
Email:			
Telefon:		Karenz bis:	
Beschäftigungsausmaß:	<input type="radio"/> Vollzeit	<input type="radio"/> Teilzeit	Std.
Firma:			
Beruf:			
erreichbar unter:			
Bestätigung Dienstgeber	Unterschrift und Firmenstempel		

Weitere Kontaktperson (falls Eltern nicht erreichbar)

Familienname:		Straße:	
Vorname:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Bezug: (Oma, Opa,...)	

Sonstige Anmerkungen:

Datum, Ort

Unterschrift

abgegeben am:

auszufüllen von Einrichtung