Aufnahmeformular

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

_____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Gesundheitliche Besonderheiten/Allergien:

_____

Masernimpfung: 1. ☐ 2. ☐ Tetanusimpfung: _____

gewünschter Kindergartenbeginn: _____

Buchungszeiten: (von: _____ bis: _____)

		Mittagessen
Montag		☐
Dienstag		☐
Mittwoch		☐
Donnerstag		☐
Freitag		☐

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Geschwister mit Geburtsdatum:

_____

_____

Abholberechtigte: (Bitte Telefonnummer mitangeben)

_____

_____