ANMELDUNG

Zum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persönliche Daten des Kindes:**

Familienname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum /

voraussichtlicher Geburtstermin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stundenzahl: □ 35 Stunden (7-14 Uhr) oder □ (7.30 -14.30 Uhr)

 □ 45 Stunden (7-16Uhr) oder □ (7.30 – 16.30 Uhr) oder □ (8 – 17 Uhr)

 **Persönliche Daten Sorgeberechtigte Persönliche Daten Sorgeberechtigte**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: |
| Straße: | Straße: |
| PLZ/Ort: | PLZ/ Ort: |
| Geburtsdatum: | Geburtsdatum: |
| Telefon: | Telefon: |
| Mobil: | Mobil: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| Nationalität: | Nationalität: |
| Beruf: | Beruf: |
| Vollzeit □ Teilzeit □ | Vollzeit □ Teilzeit □ |

 Persönliche Daten Geschwisterkinder

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsdatum: | Geburtsdatum: |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_