

Anmeldung für das Kindergartenjahr 2024/2025

Vorname des Kindes: _____ Nachname: _____

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Adresse: _____

E-Mailadresse: _____

Anzahl der Geschwister: _____

Telefonnummer: Mutter: _____ Vater: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Hausarzt: _____

Besonderheiten, Krankheiten, Allergien! (Bitte unbedingt bekanntgeben)

Gewünschte Besuchstage: Mo Di Mi Do Fr

	3-Jährige	4-Jährige
15 Std./Woche		
20 Std./Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Std./Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Std./Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Std./Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Std./Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mittagessen:

nein

Ja, gewünscht am: Mo Di Mi Do Fr

Bustransfer: **für 3 Tage** **für 5 Tage**

Ferienbetreuung: **ja** **nein**

Datum: _____

Unterschrift: _____