



Krabbelgruppe St. Peter/Au Anmeldeformular

Name des Kindes:

Geb. Datum des Kindes: SV-Nr.....

Name der Eltern:

Wohnhaft in:

Telefonnummern der Eltern: Mutter:

Vater:

E-Mail-Adresse der Eltern: Mutter:

Vater:

Krankheiten/Allergien des Kindes:

Darf das Kind bestimmte Lebensmittel nicht zu sich nehmen?

Tetanusimpfung: JA NEIN

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Bitte ankreuzen	Wochentag	Betreuungszeit von - bis
<input type="checkbox"/>	Montag	
<input type="checkbox"/>	Dienstag	
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	
<input type="checkbox"/>	Freitag	

Datum:

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten: