



Anmeldeformular

Name des Kindes:

Geb.Datum des Kindes: SV-Nr.

Name der Eltern:

Wohnhaft in:

Telefonnummern d. Eltern:

E-Mail:

Krankheiten/Allergien:.....

Darf das Kind bestimmte Lebensmittel nicht zu sich nehmen?

.....

Tetanusimpfung: ☐ ja ☐ nein

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Bitte ankreu- kreu- zen	Wochentag	Betreuungs- zeit von - bis	Mittagessen
☐	Montag		☐
☐	Dienstag		☐
☐	Mittwoch		☐
☐	Donnerstag		☐
☐	Freitag		☐

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: