

Anmeldeformular

Aufnahme gewünscht am:

1. Angaben über das Kind

Name :

geboren am:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Hausarzt des Kindes:

Name:

Anschrift:

Telefon:

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Name der Mutter:

Wohnort (falls abweichend):

Telefon:

Mobil:

Beruf der Mutter:

e-mail Adresse der Mutter:

Name des Vaters:

Wohnort (falls abweichend):

Telefon:

Mobil:

Beruf des Vaters:

e-mail Adresse des Vaters:

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Andere Personen:

Folgende Personen sind berechtigt mein/e Kind/er abzuholen:

Anmeldeformular

3. Geschwister

Anzahl der zur Familie gehörenden Kinder unter 18 Jahre:

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

4. Überstandene Krankheiten (zutreffendes ankreuzen)

Masern Keuchhusten Diphtherie

Röteln Mumps Windpocken

sonstige Krankheiten / Auffälligkeiten / Besonderheiten:

Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten:

5. Impfungen

Zusatz für Kinder ohne Tetanusimpfung:

Hiermit bestätigen wir, dass wir die Verantwortung aus dem Impfstatus unserer/s Tochter/Sohnes, geb. am _____ in _____, übernehmen.

Ich / Wir erklären uns mit den Vertragsbedingungen einverstanden.

Ich /Wir sind damit einverstanden / nicht einverstanden, dass unser Kind, falls notwendig, von einem durch den Kindergarten organisierten Fahrdienst befördert werden darf.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten (beide!)