

Aufnahmeformular

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

gewünschter Kindergartenbeginn: _____

Buchungszeit:

Adresse: _____

Religion: _____

Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Gesundheitliche Besonderheiten/Allergien:

Masernimpfung: 1. Mal 2. Mal Nein

Tetanusimpfung am: _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____ Religion: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Telefon: _____ Handy: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____ Religion: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail (nur eine erforderlich): _____

Geschwister (mit Geb. Datum):

Abholberechtigt:
