



Aufnahmeformular

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Gesundheitliche Besonderheiten/Allergien:

Masernimpfung: 1. 2. Tetanusimpfung (Datum): _____

gewünschter Kindergartenbeginn: _____

Buchungszeiten: (von: _____ bis: _____)

		Mittagessen
Montag		<input type="checkbox"/>
Dienstag		<input type="checkbox"/>
Mittwoch		<input type="checkbox"/>
Donnerstag		<input type="checkbox"/>
Freitag		<input type="checkbox"/>

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Beruf: _____ berufstätig ab: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Beruf: _____ berufstätig ab: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Geschwister mit Geburtsdatum:

Abholberechtigte: (Bitte Telefonnummer mitangeben)
