



Anmeldeformular

Die Kinderkrippe der Schweizer Paraplegiker-Gruppe in Nottwil

Elternangaben

Familienname der Eltern _____

Vorname Mutter _____ Vorname Vater _____

Beruf Mutter _____ Beruf Vater _____

Arbeitgeber der Mutter _____

Telefon am Arbeitsplatz _____

Arbeitgeber des Vaters _____

Telefon am Arbeitsplatz _____

Wohnadresse _____

PLZ / Ort _____

Telefon privat _____

Mobile _____

e-Mail Adresse _____

Notfalladresse (Drittperson) _____

Angaben zum Kind

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt / Kinderarzt _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Krankheiten Keuchhusten Masern Röteln Mumps Windpocken Scharlach
 andere _____

Besonderheiten (Allergien, Gebrechen etc.) _____



Anmeldeformular

Die Kinderkrippe der Schweizer Paraplegiker-Gruppe in Nottwil

Elternangaben

Familienname der Eltern _____

Vorname Mutter _____ Vorname Vater _____

Beruf Mutter _____ Beruf Vater _____

Arbeitgeber der Mutter _____

Telefon am Arbeitsplatz _____

Arbeitgeber des Vaters _____

Telefon am Arbeitsplatz _____

Wohnadresse _____

PLZ / Ort _____

Telefon privat _____

Mobile _____

e-Mail Adresse _____

Notfalladresse (Drittperson) _____

Angaben zum Kind

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt / Kinderarzt _____

Krankenkasse / Versicherung _____

Krankheiten Keuchhusten Masern Röteln Mumps Windpocken Scharlach
 andere _____

Besonderheiten (Allergien, Gebrechen etc.) _____

Gewünschtes Eintrittsdatum

Betreuungstage

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> Freitag |
| <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag |
| <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen |
| <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag |

Bemerkungen

Mit der Unterschrift bestätigen wir, die Philosophie und die Taxordnung der Kinderkrippe zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters

Gewünschtes Eintrittsdatum

Betreuungstage

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> Freitag |
| <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag | <input type="checkbox"/> Vormittag |
| <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mittagessen |
| <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag | <input type="checkbox"/> Nachmittag |

Bemerkungen

Mit der Unterschrift bestätigen wir, die Philosophie und die Taxordnung der Kinderkrippe zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters
