

ANMELDUNG KINDERKRIPPE

Georgenhausen Reinheim Zeilhard Dieter J. Keil

zum ____/____/____

Ganztags 7.30 – 16.15 Uhr

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>				

Vormittags 7.30 – 13.00 Uhr

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>				

Nachmittags 13.00–16.15 Uhr

Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>				

Angaben des Kindes

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum ____/____/20____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ weiblich männlich

Anschrift: _____, 64354 Reinheim

* E-Mail Adresse: _____

Angaben der Eltern

Vater:

Mutter:

Familiename: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Arbeitsstelle: _____

Telefon-Nr.: _____

Krankenkasse _____

➤ Mein Kind leidet an einer Behinderung Entwicklungsverzögerung

Besucht bei Aufnahme des Kindes ein Geschwisterkind gleichzeitig eine städtische Kinderbetreuungseinrichtung? Ja Nein

Name des Geschwisterkindes _____ Einrichtung _____

Welche Krankheiten hat das angemeldete Kind bisher gehabt?

Kinderarzt _____

Satzung und **Gebührensatzung** für die Kinderkrippen wurden zur Kenntnis genommen.
Mir ist bekannt, dass Änderungswünsche nur in **schriftlicher** Form berücksichtigt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift