

## Anmeldeformular 2024/2025

**Kinderkrippe:**      Kolsass                       Weer

<b>Eintrittsdatum:</b>
------------------------

**KIND**

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ und Ort:
Geboren am:	Geboren in:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Staatsbürgerschaft:
Muttersprache:	Religion:

**BETREUUNGSZEITEN** (Betreffendes bitte ankreuzen)

	Halbtags 7:00 – 13:00 ohne Essen	Halbtags 7:00 – 13:00 inkl. Essen	Halbtags + Mittagszeit inkl. Essen 7:00 – 14:00	Ganztags inkl. Essen 7:00 – 17:30
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Betreuung

Mein Kind kommt **nach Dienstplan** (die Tage werden sofort nach Erhalt des Dienstplanes rechtzeitig bekanntgegeben)

Speisen, die aus religiösen Gründen nicht konsumiert werden dürfen:

Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten:

Hausarzt:

## MUTTER

Nachname:	Vorname:
Geboren am:	Religion:
Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:
Familienstand:	Beruf:
Arbeitgeber:	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Karenz <input type="checkbox"/>
Telefonnummer am Arbeitsplatz:	
Alleinerzieherin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse falls abweichend vom Kind:	
Handynummer:	
E-Mail:	

## VATER

Nachname:	Vorname:
Geboren am:	Religion:
Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:
Familienstand:	Beruf:
Arbeitgeber:	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Karenz <input type="checkbox"/>
Telefonnummer am Arbeitsplatz:	
Alleinerzieherin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse falls abweichend vom Kind:	
Handynummer:	
E-Mail:	



---

**NOTFALLKONTAKT** (zusätzlich zu Mutter und Vater)

Name:	Telefonnummer:	Bezug zum Kind:

**GESCHWISTER:**

Nachname	Vorname	Geschlecht	Geburtsjahr

**Besuchte das Kind bereits eine Kinderbetreuungseinrichtung/Tagesmutter?**

Art der Einrichtung:	Wann?

**Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:**

Name:	Bezug zum Kind:



---

**Mitzubringen sind:**

- Kopie der Geburtsurkunde
- Kopie Meldebestätigung
- Arbeitsbestätigungen beider Elternteile **bei Anmeldung Kinderkrippe**

Änderungen von Daten, Familiensituation, Wohnort etc. sind bitte in der Geschäftsstelle bekannt zu geben.

**Zahler:**

Mutter

Vater

Um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten, bittet der Gemeindeverband die Einzugsermächtigung (Sepa-Lastschrift) zu erteilen. Diese wird nach Anmeldung per Mail oder Post an den Zahler zugestellt.

**Kommentar:**

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit aller Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift