

# ANMELDUNG STUNDENBETREUUNG ab dem: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_  w /  m geb. am: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
(wenn abweichend)

Beruf/ Tätigkeit: Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Handy: Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## BETREUTE STUNDEN: BITTE GENAUE ANGABEN IN DIE FELDER EINTRAGEN

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ganzer Tag					
Morgen					
Mittag					

## WEITERE ANGABEN ZUM KIND

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anz. Geschwister: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Fremdsprachen: \_\_\_\_\_

## GESUNDHEITZUSTAND DES KINDES

Allergien:  ja /  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Chronische Krankheit:  ja /  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Atembeschwerden (bspw. Asthma):  ja /  nein  
welche? \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Lebensmittel die ihr Kind nicht Essen darf: \_\_\_\_\_

**Beilagen:** Kopie Haftpflichtversicherung der Erziehungsberechtigten

**Kosten:** siehe Tarife Hort SrS

Wir weisen auf unser Betriebskonzept und unsere vertraglichen Bestimmungen hin, die mit der Unterschrift anerkannt werden.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_