

# Anmeldeformular

## Angaben zum Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ u. Ort: \_\_\_\_\_

## Hauptwohnsitz

Ist Wildpoldsried Ihr Hauptwohnsitz? Ja  Nein

Konfession: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m  w

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Kind spricht  die deutsche Sprache und/oder die \_\_\_\_\_ Sprache.

Sorgeberechtigt sind  Mutter  Vater Aufnahme datum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung vor? Ja  Nein   
(Wenn ja, bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Geschwister: Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse, wenn von Anschrift des Kindes abweichend:

Tel. Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

## Angaben zum Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

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

Adresse, wenn von Anschrift des Kindes abweichend:

\_\_\_\_\_

Tel. Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Buchungszeiten

	Von – bis (Uhrzeit)	Stunden
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

## Bankverbindung für Lastschrifteinzug

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

*Der Elternbeitrag wird von September bis August (12 Monate) erhoben.*

## Abholung des Kindes (außer der Sorgeberechtigten)

(Bitte Name und Telefonnr. angeben.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich/Wir willige/n ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten