



ANMELDEFORMULAR

Gewünschter Platz ab: _____

GT	1	2	3	4	5
VO	1	2	3	4	5

Italienerstr.:

Othmar-Crusiz-Str.:

DATEN DES KINDES

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht :	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>

Staatsangehörigkeit:
Muttersprache:
Besonderheiten, Allergien, Krankheiten:

ELTERN

MUTTER	VATER
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße:	Straße:
Postleitzahl/Gemeinde:	Postleitzahl/Gemeinde:
Tel Mobil:	Tel Mobil:
email:	email:
Beruf:	Beruf:
Dienstgeber:	Dienstgeber:
Karenz bis:	Karenz bis:
Wieder berufstätig ab:	Wieder berufstätig ab:
Arbeitsuchend ab:	Arbeitsuchend ab:
Allein erziehend:	Allein erziehend:
Kind ist aktuell in einer Betreuungseinrichtung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wo:

ES WERDEN NUR VOLLSTÄNDIGE AUSGEFÜLLTE ANMELDUNGEN ERFASST!

Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:



REGISTRATION FORM

Desired place from: _____

Full day	1	2	3	4	5
Morning	1	2	3	4	5

Italienerstr.:

Othmar-Crusiz-Str.:

DATA OF THE CHILD

Last name:
First name:
Date of birth:
Gender : female <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/>

Nationality:
Mother tongue:
Specific features, allergies, illnesses:

PARENTS

MOTHER	FATHER
Last name:	Last name:
First name:	First name:
Street:	Street:
Postal code / borough:	Postal code / borough:
Mobile-phone:	Mobile-phone:
Email:	Email:
Occupation:	Occupation:
Employer:	Employer:
Maternity leave until:	Maternity leave until:
Re-employed from:	Re-employed from:
Seeking employment since:	Seeking employment since:
Single parent:	Single parent:
Is the child in a day care center at the moment	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Where:

Only fully completed registrations will be accepted!

Date :

Signature Parent/ Guardian: