

Anmeldung Kindergarten/Krippe Regenbogen

Träger: Kath. Kirchenstiftung Naila, Ringstr. 14, 95119 Naila Tlf. 09282/9839-0 Fax 983939



Name Mutter:

Geb.datum: _____
Staatsangeh.: _____
Straße: _____
Ort: _____
Festnetz: _____
Handy: _____
Email: _____
Beruf: _____
Konfession: _____
Familienstand: _____

Name Kind:

Geb.datum: _____
Geb.ort: _____ Geb.land: _____
Staatsangeh.: _____
Konfession: _____

Anschrift wie Mutter
Anschrift wie Vater

Umzug ist dringend notwendig mitzuteilen !

Abholberechtigt: Vater
Mutter

Kinderarzt :

Str.: _____
Ort: _____
Telefonnr.: _____
Krankenkasse: _____

Bankverbindung:

IBAN: _____
BIC: _____
Bank: _____
Kontoinhaber: _____

.....

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Name Vater:

Geb.datum: _____
Staatsangeh.: _____
Straße: _____
Ort: _____
Festnetz: _____
Handy: _____
Email: _____
Beruf: _____
Konfession: _____
Familienstand: _____

Geschwisterkinder:

Name: _____ Geb.datum: _____
Name: _____ Geb.datum: _____
Name: _____ Geb.datum: _____
Name: _____ Geb.datum: _____

Abholberechtigt (Namen weiterer Personen)

Gesundheitliche Besonderheiten:

letzte Tetanusimpfung: _____
letzte Früherkennungsunters.: _____

Betreuungszeiten ab

Mo. _____
Di. _____
Mi. _____
Do _____
Fr. _____

Kindergarten
Krippe

Name der Gruppe.....