

Kindergarten Schwalbennest e.V.
Alpenblickstr. 50
79761 Waldshut-Tiengen
Tel. 07741-4997
kindergarten.schwalbennest@gmx.de



Anmeldebogen

1. Angaben über das Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort und Straße: _____

Telefon: _____

e-Mail: _____

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: _____
(frühestens im Alter von 2 Jahren u. 9 Monaten - doppelter Beitrag bis 3. Geb.)

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten:

Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Beruf: _____

Wohnort und Straße: _____

Name der Mutter: _____ geborene: _____

Beruf: _____ geb. am: _____

Wohnort und Straße: _____

3. Geschwister:

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

4. Besonderheiten (wie Behinderungen, Krankheiten, Auffälligkeiten):

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten