

Antrag auf Aufnahme in den kath. Kindergarten St. Franziskus

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Konfession: _____

liegt eine chronische Krankheit/Behinderung vor ja () nein ()

wenn ja, welche _____

Staatsangehörigkeit: _____

Name, Vorname des Vaters: _____

Berufstätig: ja () nein () Anzahl der Stunden: _____

Name, Vorname der Mutter: _____

Berufstätig: ja () nein () Anzahl der Stunden: _____

Anschrift: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Aufnahme gewünscht ab: _____

Betreuungswunsch: (bitte ankreuzen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Teilzeit (bis 14:30)					
Ganztags (bis 16:00)					

Sonstige Bemerkung: _____