|  |
| --- |
| logo**Anmeldung** |

Ronmatte 6

6033 Buchrain

info@chenderhus-raegeboge.ch

www.chenderhus-raegeboge.ch

Tel: 041 440 77 11

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind** |  |  |  |
| Name |       | Vorname |       |
| Geburtsdatum | Datum | Nationalität |       |
| Heimatort |       | Konfession |       |
| Muttersprache |       | Weitere  |       |
| Strasse |       | Sprachen |       |
| PLZ Ort |       |  |  |
|  |  |  |  |
| **Geschwister** |  |  |  |
| Name und Jahrgang |       |
|  |  |  |  |
| **Eltern** |  |  |  |
| **Mutter** Name  |       | Vorname |       |
| Beruf |       | Strasse |       |
| Telefon (G) |       | PLZ Ort |       |
| Telefon (P) |       | E-mail |       |
| Mobile |       |  |  |
|  |  |  |  |
| **Vater** Name  |       | Vorname |       |
| Beruf |       | Strasse |       |
| Telefon (G) |       | PLZ Ort |       |
| Telefon (P) |       | E-mail |       |
| Mobile |       |  |  |
| Erziehungsberechtigt |       | Verheiratet |  Ja**[ ]** Nein**[ ]**  |
|  |  |  |  |
| Weitere Kontaktperson |       | Telefon |       |
| Kinderarzt |       |  |  |
| Zahnarzt |       |  |  |
|  |  |  |  |
| **Tagesbetreuung**  |  |
| **Montag** [ ]  | **Dienstag** [ ]  | **Mittwoch** [ ]  | **Donnerstag** [ ]  | **Freitag** [ ]  |
| Gewünschtes Eintrittsdatum: | **Datum** | (Rechnen Sie bitte mit min. 2 WochenEingewöhnungszeit für Ihr Kind) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Bemerkungen  |  |
|       |
| Ort und Datum       | Datum | Unterschrift/en |  |