



## ANGABEN FÜR DIE WARTELISTE

### Angaben Kind:

Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Gewünschtes Eintrittsdatum:	

### Gewünschte Betreuungszeiten:

Wochentag	Zeitspanne						Verpflegung					Nacht
	von	bis	von	bis	von	bis	MO	ZN	MI	ZV	AB	Nächte
Montag												
Dienstag												
Mittwoch												
Donnerstag												
Freitag												
Samstag												
Sonntag												

Adresse der Eltern	Mutter	Vater
Name / Vorname		
Beruf / Arbeitsprozent		
Adresse		
Telefon		
eMail		

### Dringlichkeit / Grund:

Datum:

Unterschrift:



## ANGABEN FÜR VERTRAGSABSCHLUSS

Zivilstand Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Konkubinat
Nationalität Eltern	Frau:	<input type="checkbox"/> Schweiz	<input type="checkbox"/> Andere: _____
	Mann:	<input type="checkbox"/> Schweiz	<input type="checkbox"/> Andere: _____
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere: _____	
Versicherungen	Krankenkasse:		
	Haftpflichtversicherung:		
Geschwister	Name / Vorname:		Geb.Datum: _____
	Name / Vorname:		Geb.Datum: _____
	Name / Vorname:		Geb.Datum: _____
Kinderarzt:			
Telefon Notfälle:			
Bringen / Abholen:			
Besondere Bestimmungen:			

Datum: