

Aufnahmeantrag für die Kinderzeit an der GS Liggeringen

| |
|---|
| |
| Familienname des Kindes |
| |
| Vorname |
| |
| Geburtsdatum |
| |
| Straße |
| |
| Wohnort |
| |
| welchen Religionsunterricht besucht Ihr Kind |
| |
| Klasse und Klassenlehrer / in |

| |
|-------------------------------------|
| Arbeitsstelle der Mutter |
| |
| |
| Telefon Geschäft / Durchwahl |

| |
|-------------------------------------|
| Arbeitsstelle des Vaters |
| |
| |
| Telefon Geschäft / Durchwahl |

| |
|-------------------------------|
| |
| Handynummer Mutter |
| |
| Handynummer Vater |
| |
| Sonstige Telefonnummer |

| |
|--------------------------------------|
| Abholung des Kindes von wem ? |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|------------------------------------|
| Anschrift des Kinderarztes: |
| |
| |
| |
| |
| Telefon |

| |
|---|
| Darf Ihr Kind alleine nach Hause ? |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Sie wissen, dass wir Ihr Kind nur dann vor Betreuungsende nach Hause gehen lassen, wenn eine schriftliche Erlaubnis für den jeweiligen Tag vorliegt.

| |
|----------------------------------|
| Anschrift der Eltern: |
| |
| |
| |
| E-Mail in Druckbuchstaben |
| |
| Telefon privat |

| |
|---|
| Dürfen wir bei Ihrem Kind einen Holzspieß ziehen |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| Dürfen wir bei Ihrem Kind eine Zecke ziehen |
| Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| Hat ihr Kind Allergien wenn ja, welche: |
| |
| |
| |
| |

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vater