

# Anmeldeformular für die integrativen Montessori Spielgruppen

## 1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Nationalität: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Erstsprache: \_\_\_\_\_

Zweitsprache: \_\_\_\_\_

Geschwisterkinder/Geburtsjahre: \_\_\_\_\_

Geschwisterkinder besuchen oder besuchten:  Spielstube  Kinderhaus  Montessorischule  
 Emmi Pikler Kurs

## 3. Besondere Hinweise zur Gesundheit/Allergien/Unverträglichkeit:

---

## 4. Angaben zu Erziehungsberechtigten:

### 1. Erziehungsberechtigter

### 2. Erziehungsberechtigter

Vor-und Nachname:	Vor-und Nachname:
Adresse:	Adresse:
Familienstand: <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> verheiratet/eheähnliche Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Familienstand: <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> verheiratet/eheähnliche Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Telefon/Handy:	Telefon/Handy:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Nationalität:	Nationalität:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Beruf:	Beruf:

## 5. Besuch der integrativen Spielgruppe am:

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift