

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:
E-Mail:	E-Mail:
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:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:

5. Besuch der integrativen Spielgruppe am:

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Ort, Datum

Unterschrift

