



88427 Bad Schussenried
Tel: 07583/ 2751
Fax : 07 583/ 9426907
E-Mail: LeitungStNorbert.BadSchussenried@Kiga.drs.de

Anmeldeformular für das Familienzentrum St. Norbert

Name und Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
Konfession:	Geburtsort:
Mein/unser Kind ist gegen Masern geimpft <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein Bitte eine Kopie des Impfnachweises beifügen.	

Name und Vorname Vater	Name und Vorname Mutter:
Anschrift:	Anschrift:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail Adresse:	E-Mail Adresse:
Anschrift Arbeitsstätte:	Anschrift Arbeitsstätte:
Ab wann wird die Aufnahme in die Kindertagesstätte gewünscht:	

Mein/Unser Kind besucht im Moment eine Einrichtung in Bad Schussenried:
 Ja Nein. Wenn Ja, welche Einrichtung: _____

Geschwisterkinder in der Familie

Name	Geburtsdatum

Haben Sie noch Anliegen/Anregungen/Wünsche?:.....

UnterschriftBad Schussenried,

Hiermit erkläre ich gemäß Datenschutz, dass die vorstehenden Angaben an den in Frage kommenden Träger des Kindergartens weitergeleitet werden.