

ANMELDUNG FÜR DIE Kita Pippalina

Kind

Name / Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Nationalität: _____ Religion: _____
Besonderheiten: _____
Kinderarzt/Hausarzt: _____
Krankheiten bisher: _____
Medikamente: _____
Allergien: _____

Eltern

Name/Vorname des **Vaters**: _____
Geburtsdatum **Vater** _____
Name/Vorname der **Mutter**: _____
Geburtsdatum **Mutter** _____
Zivilstand: _____
Strasse / Wohnort _____
Tel. privat _____

Arbeitgeber/Telefon

Mutter: _____
Vater: _____
Rechnung an: _____
Einschreibgebühr: _____
Eintritt in die Tageskrippe/Gruppe: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					

Unterschrift:

_____ St.Gallen, _____