

Anmeldung für die Warteliste ASB

Angaben

Kind/er

Vorname und Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Nationalität/Heimatort:

Anzahl und Jahrgang der Geschwister:

Kindergarten:

Angaben

1.Elternteil

2.Elternteil:

Vorname und Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mailadresse:

Nationalität/Heimatort:

Zivilstand:

Beruf:

Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes Aufnahmedatum:

Gewünschte Module: Bitte ankreuzen

Module	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
1 7.00 – 8.00 Uhr Vor Schulbeginn mit Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 8.00 – 11.40 Uhr Unterrichtsfreier Morgen mit Z`Nüni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 11.40 – 13.30 Uhr Mittagsbetreuung mit Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 13.30 – 18.30 Uhr Ganzer Nachmittag mit Z`Vieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 15.10 – 18.30 Uhr Nach Schulschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort und Datum:

Unterschrift/en erziehungsberechtigte Person/en:

Senden an:

Kibe Bösing

Spycherweg 5

3178 Bösing

Karina Boschung