

Anmeldung Tagesstrukturen Rüfenach

Ihre Anmeldung ist bei uns willkommen.

Wir wissen jedoch, dass nach Erhalt des Stundenplanes noch Veränderungen eintreten können. Die gewünschten Modulanpassung werden wir prüfen und entsprechende Anpassungen vornehmen.

Personalien des Kindes

Vorname:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Nachname:	<input type="text"/>
Geschwister:	<input type="text"/>

Personalien Mutter

Vorname:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
Natel:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>

Nachname:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel. Privat:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel. Geschäft	<input type="text"/>

Personalien Vater

Vorname:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
Natel:	<input type="text"/>
Nationalität:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>

Nachname:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel. Privat:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel. Geschäft	<input type="text"/>

Allgemeines

Kinderarzt

Vorname:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Nachname:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>

Krankheiten/Allergien

--

Platzierungswunsch:

Wöchentliche Platzierung

Modul C 11:00 Uhr bis 13:30 Uhr
Modul E 13:30 Uhr bis 18:15 Uhr
Modul G 15:15 Uhr bis 18:15 Uhr

	C	E	G
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

gewünschter Eintritt:

--

Ort/Datum:

--

Unterschrift:

--

Ort/Datum:

--

Unterschrift:

--