



**Eltern/ Erziehungsberechtigte/r**

Name	
Vorname	
Straße, Hsnr.	
Plz, Ort	
Staatsangenh.	
Telefon	
Handy	
Email-Adresse	
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Berufstätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

Name	
Vorname	
Straße, Hsnr.	
Plz, Ort	
Staatsangenh.	
Telefon	
Handy	
Email-Adresse	
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Berufstätig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

**Kind**

Name		Vorname		Geb.datum	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geschlecht	Staatsangenh.
Geschwisterkind in der gewünschten Einrichtung?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (1) Name:			
				<input type="checkbox"/> ja (2) Name:			

Gewünschter Aufnahmeterrmin: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Buchungszeit**

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
# Kernzeit* 8 – 12:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – 13:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – 15:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Kernzeit muss an jedem Wochentag gebucht werden.

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten