Anmeldeformular KiZ **Kind im Zentrum private Tagesschule Basisstufe**

Name	Vorname	Geb. Datum	
Geschwister			
Strasse	PLZ Ort		Tel.
Muttersprache	Geburts-/ Heimatort		Konfession
Name u. Vorname d. Vaters	Beruf	Tel. G.	Natel
Name und Vorname d. Mutter	Beruf	Tel. G	Natel
e-mail Vater:	e-mail Mutter:		

Haus-/Kinderarzt	Adresse		Tel:
Krankenkasse	Spezielle Krankheiten	Allergien	

Spielgruppen/Kiga/Lehrperson		Verweildauer in Spielgruppe/Kindergarten/Schule von: bis:		Tel.
Therapien ☐ Ja ☐ Nein	☐ Logopädie ☐ Spieltherapie	☐ Psychomotorik ☐ Andere	Name der TherapeutIn	Tel.
Wurden Berichte über Ihr Kind erstellt? ☐ Ja ☐ Nein			Erlauben Sie uns Einsicht in die Berichte ☐ Ja ☐ Nein	

Erlauben Sie Videoaufnahmen für interne Zwecke	☐ Ja	☐ Nein
Dürfen wir Foto's von Ihrem Kind auf unsere Homepage stellen?	☐ Ja	☐ Nein
Besondere Wünsche		

Wir haben die Vereinbarung gelesen, erklären uns mit der Schulordnung einverstanden und melden unser Kind definitiv an.

Datum	PLZ / Ort . . . .
Der Vater	Die Mutter
Die Schulleitung	