

## Anmeldeformular

Familienname des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort mit Postleitzahl \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

**Familienname der Mutter:** \_\_\_\_\_

Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Anschrift mit Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Familienname des Vaters:** \_\_\_\_\_

Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Anschrift mit Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon während der Arbeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber mit Telefon: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt: \_\_\_\_\_

Geschwister:

Familienname

Vorname:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abholung des Kindes von Wem????? Name: \_\_\_\_\_

Schutzimpfungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Überstandene Krankheiten:

---

---

Allergien – wenn JA>> welche?

---

---

Hausarzt: Name, Anschrift und Telefon:

---

---

Tel: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

Aufnahme: \_\_\_\_\_

Oberlauterbach, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(beider Elternteile)