



Fragebogen

Hort SalZH - für Kindergarten und Schulkinder

Bitte schicken Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben zurück. Wir werden nach Erhalt mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Anmeldung für die Kita SalZH am Büelwiesenweg

Angaben des Kindes

Name Vorname(n)

Geburtsdatum

Muttersprache Nationalität

Gewünschte Betreuung: (bitte ankreuzen)

Modul	Zeit	Frühstück	Mittagessen	Zvieri	Kinder- garten- oder Schul- kinder Fr.	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
F	Vor der Schule	X			20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N0	Ab 12.00- 15.00				30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N1	Ab 12.00 – 18.00		X	X	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2	13.00 – 18.00			X	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3	Nach Schule bis 18.00			X	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME	Mittagessen		X		15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorgesehener Eintritt des Kindes ab (Monat/Jahr)

Angaben der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters

Name Vorname(n)

Beruf Zivilstand

Muttersprache Nationalität

Strasse / Nr. PLZ / Ort

Telefon Privat Telefon Geschäft

Mobile E-Mail

Name Vorname(n)

Beruf

Muttersprache Nationalität

Strasse / Nr. PLZ / Ort

Telefon Privat Telefon Geschäft

Mobile E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ort und Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

.....