

## Anmeldung für einen Betreuungsplatz

### Kinder

Name / Vorname:		Geburtsdatum:	
Name / Vorname:		Geburtsdatum:	
Name / Vorname:		Geburtsdatum:	

### Personalien der Mutter

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon Privat:		Natel:	
Telefon Geschäft:		E-Mail:	
Zivilstand:		Steuergemeinde:	
Staatsangehörigkeit:		Erwerbstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Arbeitgeber:			

### Personalien des Vaters

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon Privat:		Natel:	
Telefon Geschäft:		E-Mail:	
Zivilstand:		Steuergemeinde:	
Staatsangehörigkeit:		Erwerbstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Arbeitgeber:			

Wir benötigen einen Betreuungsplatz ab:

## Anmeldung für einen Betreuungsplatz

Gewünschte Betreuungszeiten: (bitte ankreuzen)

	Ganzer Tag 07.00-18.00 Uhr	Halber Tag mit Mittagessen 07.00-13.45 Uhr	Halber Tag mit Mittagessen 11.00-18.00 Uhr	Halber Tag ohne Mittagessen 07.00-11.00 Uhr	Halber Tag ohne Mittagessen 13.15-18.00 Uhr
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

### Versicherungen:

Wir bestätigen, für unser/e Kind/er eine Kranken- und Unfallversicherung abgeschlossen zu haben. Ausserdem verfügen wir über eine Privathaftpflichtversicherung.

Name / Vorname Kind:			
Kranken- & Unfallvers.:		Policen-Nr.:	
Name / Vorname Kind:			
Kranken- & Unfallvers.:		Policen-Nr.:	
Name / Vorname Kind:			
Kranken- & Unfallvers.:		Policen-Nr.:	
Haftpflichtversicherung:		Policen-Nr.:	

Ort und Datum

Unterschrift der Eltern bzw. der erziehungsberechtigten Personen

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden Sie es an:

Kindertagesstätte Neugut  
 Z. Hd. KiTa-Leitung  
 Neugut  
 7302 Landquart  
 rosmarie.holzknacht@zbnkneugut.ch