

Schulpflege

Zürichstrasse 8, Postfach 510, 8134 Adliswil, Telefon 01 711 78 60, Fax 01 711 78 70
schule@adliswil.ch, www.adliswil.ch

Anmeldung für den Kindergarten

Mein/unser Kind wird den Kindergarten besuchen ja nein

Wenn nein, bitte begründen _____

Familienname des Kindes _____

Vornamen (Rufname unterstreichen) _____

weiblich männlich

Nationalität _____

Geburtsdatum _____

Konfession _____

Wohnadresse des Kindes _____

Telefonnummern

Privat _____ Arbeit _____

Mobil _____

Namen und Vornamen der Eltern/
des/der gesetzlichen Vertreter/in _____

Wohnadresse der Eltern/
des/der gesetzlichen Vertreter/in _____

Geschwister ja nein

Anzahl _____ Jahrgänge _____

Hausarzt des Kindes _____

Sind beide Eltern ausser Haus berufstätig? ja nein teilweise

Besucht Ihr Kind bereits einen Kindergarten
oder eine Spielgruppe? ja nein

Wenn ja, seit wann _____

Besucht Ihr Kind die Krippe ja nein teilweise

Wenn ja, an welchen Tagen (ankreuzen) Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Hat Ihr Kind eine Tagesmutter ja nein

Wenn ja

Name _____

Telefon _____

Für fremdsprachige Kinder

Spricht und versteht Ihr Kind Schweizerdeutsch/Deutsch? nein wenig gut

Familiensprache _____ Umgangssprache des Kindes _____

Datum _____ **Unterschrift** _____