

Anmeldeformular

Jahr ____ / ____

Öffentlicher Kindergarten Wimpassing an der Leitha

Kirchengasse 30
2485 Wimpassing

Tel. 02623/73569

Tel.

Fax 02623-7356050

E-Mail: kigawimpassing@gmail.com

Betreuungsform:

- ☐ Halbtags
☐ Ganztags
☐ mit Essen

Eintritt in den Kindergarten am:

Gruppe:

Kind:

Name

geboren am

Staatsbürgerschaft

Vorname

Religion

Muttersprache

Geschwister:

Name/Vorname

Alter

Name/Vorname

Alter

Name/Vorname:

Alter

Name/Vorname

Alter

Eltern bzw. erziehungsberechtigte Personen:

Mutter

Name

Vorname

Beruf

Firma

Vater

Name

Vorname

Beruf

Firma

PLZ

Wohnort

Strasse

E-Mail

Tel. Mutter

Tel. Vater

Ort

Unterschrift des Erziehungsberechtigten