



Anmeldung

Ich/Wir melde/n mein/unser Kind zur Betreuung im *Chinderhuus ir Hulle* am Haldenweg 37 in 3510 Häutligen für die folgenden Betreuungszeiten an:

Kind

Name Vorname.....
 Geburtstag

Eltern

Name Vorname.....
 Adresse.....
 Telefonnummer..... Natel

Name Vorname.....
 Adresse.....
 Telefonnummer..... Natel

Wochentag:	von:	bis:	Morgenessen:	Mittagessen:	Abendessen:
Montag			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Dienstag			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Mittwoch			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Donnerstag			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Freitag			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind im Hort fotografiert werden darf, nur für interne Zwecke!

Vorlieben des Kindes

.....

Besondere Wünsche der Eltern

.....

.....
.....

Medizinische Situation des Kindes

Hausarzt.....
Telefon *Hausarzt*.....
Unfallversicherung.....
Krankenkasse.....

In Notfällen sind anzurufen:

Name, Vorname Telefon/Handy
Name, Vorname Telefon/Handy
Name, Vorname Telefon/Handy

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Dieses Formular wird streng vertraulich behandelt.

1. Sind Sie damit einverstanden, dass – falls wir im Notfall alle angegebenen Personen nicht erreichen – wir uns selbst um ärztliche Betreuung bemühen und **Sie** die Kosten übernehmen?

ja, ich/wir sind einverstanden

2. Hat es allergische Reaktionen? nein ja, in folgenden Fällen:

.....
.....
.....
.....

3. Besonderheiten

.....
.....
.....
.....

Bitte legen Sie eine Kopie des Impfausweises bei. Danke.

Unterschrift Eltern Datum

Unterschrift Nicole Graf Datum