



KiTA Chrabelschloss

Imbisbühlstr. 100
8049 Zürich
Tel. 043 300 22 33

Wieslergasse 10
8049 Zürich
043 311 55 42

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____
(des Kindes)

Geb. datum: _____ Nationalität: _____ Geschlecht: m f

Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes: _____
Name und Sektion der Krankenkasse: _____

Mitfinanzierung durch Sozialdepartement? Ja Nein

Gewünschte Betreuungszeiten, Eintrittsdatum: _____

| | Ganztags | vormittags | nachmittags | Gewünschter Ort: |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Montag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Imbisbühlstr.100, 8049 Zürich <input type="checkbox"/> Wieslergasse 10, 8049 Zürich <input type="checkbox"/> Egal |
| Dienstag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mittwoch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Donnerstag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Freitag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Mutter

Vater

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Arbeitgeber: _____

Tätigkeit: _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Natel: _____

E-mail: _____

Bemerkungen:.....
.....

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____