



Chinderhuus Flügepilz Bergstrasse 37, 8625 Gossau
044 936 56 75

ANMELDEFORMULAR FÜR WARTELISTE

KIND

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ELTERN

Name der Mutter: _____ Vorname der Mutter: _____

Name des Vaters: _____ Vorname des Vaters: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft Mutter: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft Vater: _____

e- mail: _____

Beruf und Arbeitsort der Mutter: _____

Beruf und Arbeitsort des Vaters: _____

GESCHWISTER

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Wie erfuhren Sie vom Chinderhuus Flügepilz? (Internet, Gemeinde, Spital,...)

(Angaben für interne Zwecke)

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Aufenthaltszeit: (bitte zutreffendes ankreuzen)

	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Besonderes: _____

Datum und Unterschrift: _____