

Anmeldeformular für Kindergarten Schuljahr _____

Kind

Name

Vorname

Wohnadresse

Geburtsdatum Geschlecht w m

Nationalität Muttersprache

Heimatort Konfession

Voraussichtlicher Kindergarten Lützelflüh Dorf Grünenmatt

Eltern

Name/Vorname Vater

Name/Vorname Mutter

Telefon Privat

Telefon Geschäft Vater:Mutter:.....

Natel Vater:.....Mutter:.....

e-mail

Zusätzliche Angaben für 5-Jährige:

Bitte zutreffendes ankreuzen

Vollzeitkindergarten (6 Halbtage)

Teilzeitkindergarten (4 Halbtage)

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern

Bitte an folgende Adresse bis spätestens **9. März** (Poststempel) zurücksenden:
Schulsekretariat, Kirchplatz 1, 3432 Lützelflüh