



Nachbarschaftshilfe Wörth/Hörlkofen e.V.

Zwergergarten

Anmeldung

Name des Kindes: _____ Geb.Datum: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Beruf: _____

Wohnort: _____ Straße: _____ T.: _____

Email-Adresse: _____

Während der Betreuungszeit erreichbar bei: _____ T.: _____

Weitere Abholberechtigte: _____ T.: _____

_____ T.: _____

Name des Kinderarztes: _____ T.: _____

Besondere Krankheiten: _____

(z.B. Allergien, Asthma, ...)

Gewünschte Besuchstage: Mittwoch Donnerstag beide Tage

Dem automatischen Bankeinzug der jeweils monatlich fälligen Betreuungsgebühren von

meinem/unserem Konto IBAN _____

Geldinstitut: _____ stimme(n) ich/wir hiermit zu.

Ich/Wir habe(n) die „Elterninformation“ über den Betrieb und den Besuch des Zwergergartens erhalten und gelesen. Ich/Wir erkennen die darin enthaltenen Bedingungen an.

Ort und Datum

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten