

Kindertagesstätte Adelsried
 An der Laugna 5
 86477 Adelsried
 Tel: 08294 1537
 Mail: kiga@adelsried.de



Kindergarten Buchungsvereinbarung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Anmeldung: _____

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: _____

Bringzeiten	Mittagessen	12.00	13:00	13:30	14.00	14:30	15:00	15:30	16:00	16.30	Std./Tag
Montag <input type="checkbox"/> 07:00 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										
Dienstag <input type="checkbox"/> 07:00 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										
Mittwoch <input type="checkbox"/> 07:00 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										
Donnerstag <input type="checkbox"/> 07:00 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										
Freitag <input type="checkbox"/> 07:00 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										

Stunden insgesamt pro Woche: _____

Mindestbuchung: Kindergarten min. 20 Stunden/Woche

Mittagessen: Mittagessen verpflichtend bei Buchung bis 14.00 Uhr oder länger

Sonstige Vermerke:

 Ort, Datum

 Unterschrift beider Eltern