



Anmeldung für das Kindergartenjahr 202__ / 202__

KIND

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ist Ihr Kind behindert? Wenn ja, welche Behinderung:

Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche?

Hat Ihr Kind chronische Krankheiten? Welche?

ELTERN

Name der Mutter:

Telefonnummer:

Handynummer:

Email:

Beruf + Arbeitgeber (mit Anschrift und Tel.Nr.):

Name des Vaters:

Telefonnummer:

Handynummer:

Email:

Beruf + Arbeitgeber (mit Anschrift und Tel.Nr.):

Was erwarten sie von PINK für ihr Kind?

Welche Zielvorstellungen verbinden sie mit PINK?

Was wissen sie bereits von / über PINK?

Wie können sie bei PINK mitarbeiten?

Datum:

Unterschrift:

Anmerkung:

Der monatliche Beitrag beträgt je nach BRUTTO-Einkommen:

0-1.300 = 145 EUR 1.301-2.000 = 155 EUR

2.001-2.500 = 165 EUR ab 2.501 = 175 EUR

Ein Nachweis über die Einkommensverhältnisse ist vorzulegen, wenn nicht der Höchstbeitrag bezahlt wird.