



**Bitte ausfüllen und per Fax an 069/596 96 56 senden!**

**Angaben zu den Eltern**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Str./Hausnr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Stadtteil: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben zu betreuendem Kind / zu betreuenden Kindern**

Kind 1:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 2:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 3:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kind 4:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Betreuungsbedarf:** \_\_\_\_\_  
(genau aufschreiben z.B. 1 abends alle 14 Tage)

- |             |                          |   |                          |
|-------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Abends      | <input type="checkbox"/> | 1 x wöchentlich   | <input type="checkbox"/> |
| Wochenende  | <input type="checkbox"/> | 2 x wöchentlich   | <input type="checkbox"/> |
| Vormittags  | <input type="checkbox"/> | Kurzfristig häufiger 3-5 x wö                                     | <input type="checkbox"/> |
| Nachmittags | <input type="checkbox"/> | Notfallbetreuung z.B. bei Krankheit<br>voraussichtl. Dauer: ..... | <input type="checkbox"/> |
| Ganztags    | <input type="checkbox"/> | Schichtdienst   | <input type="checkbox"/> |