




Kontakt- und Betreuungsanfrage für die InfectoPharm-Kinderkrippe

 Anzahl der benötigten Krippenplätze
(Für Kinder ab 0-3 Jahre)

Kind(er)

Vorname: _____ Nachname: _____

Geschlecht:  männlich  weiblich Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Geschlecht:  männlich  weiblich Geburtsdatum: _____

Angaben zur gewünschten Betreuung

Betreuung gewünscht ab dem: _____ (Datum)

Platzbelegung:  2  3  4  5 ganze Tage pro Woche

Anmerkungen zu dem(n) Kind(ern)

Besonderheiten (Beispiel: Krankheiten, Allergien o. ä.)

Eltern

Mutter

Sorgeberechtigt  ja  nein

Alleinerziehend  ja  nein

Berufstätig  ja  nein

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Arbeitgeber

Vater

Sorgeberechtigt  ja  nein

Alleinerziehend  ja  nein

Berufstätig  ja  nein

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Arbeitgeber

Datenschutzhinweis

Die oben aufgeführten Angaben werden von der pme Familienservice gGmbH als Träger der Einrichtung erhoben. Sie sind für die Vergabe der Krippenplätze erforderlich und werden streng vertraulich behandelt. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.



Ja, ich habe den Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen und stimme der Nutzung der Daten (insbesondere der Gesundheitsdaten) zu.

Ort, Datum

Unterschrift

 Vater  Mutter