VORMERKUNG KRABBELSTUBE TRAUN – BITTE AUSGEFÜLLT MITNEHMEN

GROSSE HILFE, GANZ NAH.

Gewünschter Betreuungsbeginn (einen Monat vor Arbeitsbeginn):	

Angaben zum Kind

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	◯ w ◯ m
Straße, Nr.		PLZ, Ort	

Erziehungsberechtigte/r

Nachname		Vorname	
Handy Mutter		Handy Vater	
Mailadresse			

Mutter

Berufstätigkeit: ◯ ja, ab_____ ◯ nein

Firma: _____ Stundenausmaß (pro Woche): _____

Karenz(geld) bis: _____

Dienstzeiten (von – bis)

Montag		Dienstag		Mittwoch	
Donnerstag		Freitag		Sa/So	

◯ Ausbildung, ab_____ bei_____

◯ Arbeitssuchend

Familiensituation

◯ Vollfamilie bzw. familienähnliche Lebensgemeinschaft ◯ alleinerziehend

Vater

Berufstätigkeit: ◯ ja, ab_____ ◯ nein

Firma: _____ Stundenausmaß (pro Woche):_____

Dienstzeiten (von – bis)

Montag		**Dienstag**		**Mittwoch**	
Donnerstag		**Freitag**		**Sa/So**	

◯ Ausbildung, ab_____ bei_____

◯ Arbeitssuchend

Familiensituation

◯ Vollfamilie bzw. familienähnliche Lebensgemeinschaft ◯ alleinerziehend

Voraussichtliche Besuchszeiten

◯ halbtags (bis max. 12 Uhr) ◯ ganztags (bis mind. 14 Uhr)

◯ 5 Tage ◯ 3 Tage ◯ 2 Tage

◯ Ich bestätige, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe.

Datum: _____ Unterschrift:_____