

KINDERGARTEN SÖLDEN

Kirchfeldweg 6
6450 Sölden

Tel. 05254/2048



Anmeldung Kindergartenjahr 2024/25

KIND

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____ Religion: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Sprache: _____

ELTERN BZW. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE PERSON

MUTTER

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____ Fam.stand: _____ Alleinerziehend

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

VATER

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____ Fam.stand: _____ Alleinerziehend

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Zahlungspflichtig Mutter

Vater

Betreuungskontingent: 07:00 – 13:00 Uhr

(unverbindlich) 07:00 – 16:00 Uhr

Ort, Datum

Unterschrift