Öffnungszeit: Montag – Freitag von 7.30 – 14.30

Unverbindliche Anmeldung zu den Springmäusen

**Datum der Anmeldung**: ……………………….. **gewünschter Aufnahmetermin**:………………………..

**Angaben zum Kind**: Mädchen Junge

Name: ……………………………………………………… Vorname: ………………..…………....

Geb. Datum: ………………… Religion: …………………… Nationalität: .……………………….…………

**Angaben zu den Eltern:**  Mutter Vater

Name: ……………………………………………… ………………………………………………………….

Vorname: ……………………………………………… ………………………………………………………….

Geburtsdatum: ……………………………………………… ………………………………………………………….

Konfession: ……………………………………………… ………………………………………………………….

Adresse(Str./Haus Nr): …………………………………………….. ………………………………………………………….

PLZ/Ort ……………………………………………… ………………………………………………………….

Telefon: privat ……………………………………………… ………………………………………………………….

 dienstlich ……………………………………………… ………………………………………………………….

E-Mail-Adresse: ……………………………………………… ………………………………………………………….

Beruf: ……………………………………………… ………………………………………………………….

Familienstand: ……………………………………………… …………………………………………………………

Erziehungsberechtigte: …………………………………………….. ………………………………………………………….

Geschwister: Name, Vorname Geb. Datum wo untergebracht (zu Hause/Krippe/Kita etc)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ich bin Mitarbeiter/in beim TV Ratingen

**Datum** **Unterschrift der Erziehungsberechtigten**