



TAGESELTERNVEREIN AESCH

Gemeindezentrum, Hauptstrasse 29, 4147 Aesch
Tel. 061/756 77 24, www.tageseltern-aesch.ch

Anmeldung für einen Tagesplatz

Namen, Vornamen (Eltern) _____
KonkubinatspartnerIn,
MitbewohnerIn _____
Strasse, Ort _____
Telefon P: _____ G: _____
Beruf Eltern, Partner _____
Geb. Datum Eltern _____ / _____

Vorname Kind 1 _____ Geb. _____
Kind 2 _____ Geb. _____
Kind 3 _____ Geb. _____

Beginn der Betreuung _____

Betreuungszeit

Montag von _____ bis _____
Dienstag von _____ bis _____
Mittwoch von _____ bis _____
Donnerstag von _____ bis _____
Freitag von _____ bis _____

Braucht Ihr Kind auch Betreuung während den Schulferien? _____

Darf die Tagesfamilie Haustiere haben? _____

Braucht Ihr Kind spezielle Nahrung oder Medikamente? _____

Wenn ja, welche? _____

Darf in der Tagesfamilie geraucht werden? _____

Sind Sie motorisiert? _____

Haben Sie besondere Wünsche? _____

Wir haben das Merkblatt sowie das Versicherungsblatt gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift