

An den  
Evangelischen Kindergarten  
Fasanenweg 10  
73486 Adelmansfelden  
Tel.: 07963/8215



## ANMELDUNG

Wir melden unser Kind

männlich:

weiblich:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

(Wunschtermin): \_\_\_\_\_ für den evangelischen

Kindergarten Adelmansfelden verbindlich an.

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 7.30Uhr bis 13.30Uhr

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten:

---

---

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen/Vermerke:

---

---

Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten