



**Anmeldeformular für das Zwergerlstüberl**  
**geschlossene Gruppe**

Hiermit melde ich mein Kind:

Name, Vorname des Kindes:.....

geboren am :.....

Staatsangehörigkeit:.....

Anschrift: .....

Anzahl der Tage (max. 2) .....

**verbindlich für das Zwergerlstüberl an -**

**Verbindlich für die Anmeldung für das Zwergerlstüberl ist die Mitgliedschaft bei der Nachbarschaftshilfe Hallbergmoos/Goldach e.V. Sofern noch nicht vorhanden ist hierfür eine gesonderte Anmeldung (Formular siehe Website) erforderlich.**

Mit der Geschäftsordnung bin ich einverstanden.

**Bankeinzug mittels SEPA durch die NBH für die Betreuungskosten im Zwergerlstüberl:**

Name und Anschrift des Kontoinhabers:.....

.....  
.....

Geldinstitut: .....

Bankleitzahl / BIC .....

Kontonummer / IBAN .....

Unterschrift des Kontoinhabers .....

Ort und Datum: .....

Unterschrift eines  
Erziehungsberechtigten .....

# NACHBARSCHAFTS-HILFE

Hallbergmoos/Goldach

## Angaben zur Person der Eltern

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		

Asylantragsteller  Ja  Nein

Anschrift der Eltern		
Beruf		
telefonisch erreichbar		
Privat		
Beruflich		

E-Mail Adresse .....

Berufstätig:  Ja  Nein  Ja  Nein

Familienstand:  ledig  verheiratet  
 verwitwet  geschieden  getrennt lebend

Hat das Kind einen Vormund oder Pfleger?  Ja  Nein

Wenn Ja, Name und Anschrift des Vormundes bzw. des Pflegers:

Name, Vorname:.....

Anschrift:.....

.....

Wem obliegt die elterliche Sorge ( Personensorge ) für das Kind?

.....

Name und Unterschrift des / der Sorgeberechtigten:

Name:.....Unterschrift.....

# NACHBARSCHAFTS-HILFE

Hallbergmoos/Goldach

## Angaben zur Person des Kindes

Krankenkasse ( wo ist ihr Kind versichert):.....

Wer ist der Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):

.....  
.....

Benachrichtigung im Notfall:.....

.....  
.....

überstandene Krankheiten/Impfungen des Kindes:

Masern                       Mumps                       Keuchhusten                       Kinderlähmung

Scharlach                       Röteln                       Diphtherie                       Windpocken

Sonstiges.....

**Eine Kopie des Impfpasses ist beizulegen.**

sonstige Impfungen ( Art und Datum )

.....  
.....

Wundstarrkrampf- (Tetanus ) Impfung:                       Ja, am.....                       Nein

Allergien unter denen mein / unser Kind leidet, Anfälligkeiten, Wissenswertes über die Entwicklung des Kindes:

.....  
.....

Anzahl der Geschwister (Alter, Geschlecht):                      .....

.....

---

Abholberechtigung

Hiermit erteile(n) ich / wir Herrn / Frau .....

die Berechtigung mein / unser Kind vom Zwergelstüberl abzuholen.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten.....

# NACHBARSCHAFTS-HILFE

Hallbergmoos/Goldach

## Stammdaten der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen für das Zwergelstüberl

Name/Geburtsname:	Vorname:
Straße/PLZ Wohnort::	
Telefonnummer: privat	beruflich:
Beruf:	

Hiermit erkläre ich mich bereit, dass ich alle 6 – 8 Wochen  
einen Einsatz im Zwergelstüberl leiste.

Ort/Datum/Unterschrift: .....