Miba Krabbelstube



Dr. Mitterbauerstraße 3 4663 Laakirchen Tel.: 0664/807651479



E-Mail: krabbelstube.miba@ooe.hilfswerk.at

VORMERKUNG FÜR DIE MIBA KRABBELSTUBE

Name des Kindes	s:				
Geburtsdatum: _		Staat	sbürgerschaft:		
Geschlecht:		Ersts	prache:		
Name der Eltern:	:				
Adresse:					
Telefonnummer:		(Mutte	r)		(Vater)
Mail-Adresse:					
Gewünschtes Eintrittsdatum:			_ Arbeitsbeginn	Mutter:	
Gewünschte Bes	uchstage und	-zeiten des Kindes: (f	alls bekannt)		
O Montag:	von	bis			
O Dienstag:	von	bis			
O Mittwoch:	von	bis			
O Donnerstag:	von	bis			
O Freitag:	von	bis			
Berufstätigkeit d	er Mutter:		Arbeitgeber:		
		g oder in Ausbildung			
O aktuell noch ark	peitssuchend	O nicht berufstätig/a	arbeitssuchend	O sonstiges:	
Berufstätigkeit des Vaters:			Arbeitgeber:		
		g oder in Ausbildung			
O aktuell noch ark	peitssuchend	O nicht berufstätig/a	arbeitssuchend	O sonstiges:	
Sonstige Einricht	ungen, in dene	en das Kind angemelo	let ist / die das I	Kind besucht:	