

## EINSCHREIBEFORMULAR FÜR UNREGELMÄSSIGEN BESUCH

Administration:

cp 52

3960 Siere

027 564 06 06

siere.enfance@cms-smz.ch

<input type="checkbox"/> Krippe-Kibe von Siders <input type="checkbox"/> Kibe von Muraz <input type="checkbox"/> Kibe von Noës	<input type="checkbox"/> Krippe-Kibe von Chalais <input type="checkbox"/> Kibe von Verconsin	<input type="checkbox"/> Krippe-Kibe von St-Léonard <input type="checkbox"/> Kibe von Salgesch <input type="checkbox"/> VGRS
<input type="checkbox"/> Krippe-Kibe von Granges	<input type="checkbox"/> Krippe-Kibe von Chippis	

Name und Vorname des Kindes: ..... Gruppe: .....

Ort und Datum der Anfrage: ..... (vor dem 15. des Monats)

Unterschrift der Eltern: .....

1. Woche : vom ..... bis ..... Monat: .....

Tage	Morgen	Frühstück	Mittag	Mahlzeit	Nachmittag
Montag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dienstag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mittwoch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Donners.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Freitag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Möglichkeiten

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

2. Woche : vom ..... bis ..... Monat: .....

Tage	Morgen	Frühstück	Mittag	Mahlzeit	Nachmittag
Montag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dienstag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mittwoch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Donners.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Freitag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Möglichkeiten

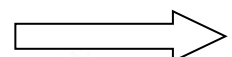
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

3. Woche : vom ..... is ..... Monat: .....

Tage	Morgen	Frühstück	Mittag	Mahlzeit	Nachmittag
Montag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dienstag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mittwoch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Donners.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Freitag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Möglichkeiten

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein





SERVICE  
DE L'ENFANCE

Administration

cp 52

3960 Sierra

027 564 06 06

sierra.enfance@cms-smz.ch

4. Woche : vom ..... bis ..... Monat: .....

Tage	Morgen	Frühstück	Mittag	Mahlzeit	Nachmittag
Montag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dienstag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mittwoch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Donners.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Freitag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Möglichkeiten

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

5. Woche : vom ..... bis ..... Monat: .....

Tage	Morgen	Frühstück	Mittag	Mahlzeit	Nachmittag
Montag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dienstag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mittwoch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Donners.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Freitag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Möglichkeiten

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

### Für die Abteilung Kinder:

Empfangsdatum: .....

- Akzeptiert
- Teilweise akzeptiert oder abgelehnt
- Abgelehnt

Der Verantwortliche der Abteilung: .....

Datum der Übermittlung an die Eltern: .....