

## SOZIALABTEILUNG

Oberhauserstrasse 25  
 Postfach  
 8152 Glattbrugg  
 Telefon 044/829 83 42  
 Telefax 044/829 82 11  
 E-Mail fekb@opfikon.ch  
 www.opfikon.ch

## Mitteilung Austritt

| 1. Personalien      |                    |
|---------------------|--------------------|
| <b>Person 1:</b>    | <b>Person 2:</b>   |
| Name _____          | Name _____         |
| Vorname _____       | Vorname _____      |
| Telefon _____       | Telefon _____      |
| E-Mail _____        | E-Mail _____       |
| Adresse _____       | Adresse _____      |
| PLZ / Ort _____     | PLZ / Ort _____    |
| 2. Kind/er          |                    |
| <b>Kind 1:</b>      | <b>Kind 2:</b>     |
| Name _____          | Name _____         |
| Vorname _____       | Vorname _____      |
| Geburtsdatum _____  | Geburtsdatum _____ |
| <b>Kind 3:</b>      | <b>Kind 4:</b>     |
| Name _____          | Name _____         |
| Vorname _____       | Vorname _____      |
| Geburtsdatum _____  | Geburtsdatum _____ |
| 3. Austritt         |                    |
| Betreuungsort _____ |                    |
| Austritt per _____  |                    |
| Grund _____         |                    |

### Unterschrift/en

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Person 1 \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Person 2 \_\_\_\_\_

Bestätigung Krippe / Tagesfamilienverein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitteilung Austritt mit Unterschrift Krippe / Tagesfamilienverein senden an:  
 - fekb@opfikon.ch (als PDF) oder  
 - Sozialabteilung Opfikon, FEKB, Oberhauserstrasse 25, 8152 Glattbrugg

