

Leihoma/-opa – Vermittlungsanfrage *)

Name:

Adresse:

Stadtteil: Beruf/Ausbildung:

Telefon:

E-Mail: Alter des/r Kindes/er:

Ich suche eine/n Leihoma/-opa

zur gelegentlichen Kinderbetreuung, z.B. bei Krankheit des Kindes, Arztbesuch, Einkäufe, berufliche Verpflichtungen, Ausgehen am Abend;

zur regelmäßigen Kinderbetreuung für ca. Stunden pro Woche

an folgenden Wochentagen:

von – bis (Uhrzeit):

Allfällige weitere Informationen, die für die/den Leihoma/-opa wichtig sind, z.B. chronische Krankheiten oder Allergien des Kindes, Haustiere, usw.:

.....

Ja, ich werde / bin Mitglied* des Katholischen Familienverbandes und unterstütze den Verband mit einem Jahresbeitrag von:

€ 40,-, € 30,-, € 20,- (Jährliche Selbsteinstufung - Bitte ankreuzen!)

Als Mitglied erhalte ich per E-Mail-Newsletter Informationen über die Aktivitäten und Angebote des Familienverbandes. Zusätzlich kann ich kostenlos die Verbandszeitung (4x pro Jahr) abonnieren.

Ja, ich möchte die Verbandszeitung *Ehe und Familien* abonnieren.
(Bitte ankreuzen, falls gewünscht)

.....
Datum

.....
Unterschrift

*) Die Gebühr für eine erfolgreiche Leihoma-Vermittlung beträgt für Mitglieder € 29,-, für Nicht-Mitglieder: € 120,-