



Anmeldung

PERSONALIEN DES KINDES

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

AHV-Nr.

Schulstufe: 1. Kindergarten 2. Kindergarten 1. Klasse

KONTAKTADRESSE

Name der Eltern:

E-Mail:

Telefonnummer:

Natelnummer:

ALLERGIEN

Heuschnupfen

Bienenstich

Asthma

WEITERES

Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn Vegetarier?

ja

nein

BEMERKUNGEN

Versicherung ist Sache der Teilnehmerin / des Teilnehmers.

Alle Angaben werden im Leitungsteam vertraulich behandelt.

Bitte geben Sie den Jahresbeitrag von 20.- Franken mit der Anmeldung ab.

Datum: _____ Unterschrift der Eltern: _____