



ANMELDEFORMULAR

Name / Vorname des Kindes: _____

Name / Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

Tel. Mutter: _____ Tel. Vater: _____

Tel. während der Spielgruppenzeit: _____

E-Mailadresse: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Unser Kind möchte 1x pro Woche 2x pro Woche die Spielgruppe besuchen

1. Priorität (mehrere Tage möglich)

2. Priorität (mehrere Tage möglich)

Mo

Di

Do

Fr

Mo

Di

Do

Fr

Gewünschter Eintritt: _____

Bemerkungen: _____





Wichtige Besonderheiten des Kindes (Krankheiten, Allergien, Linkshänder,...):

Auf der Homepage www.spielgruppe-spielkiste.ch werden Fotos vom Spielgruppenalltag veröffentlicht. Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind fotografiert wird. (Keine Nahaufnahmen)

Ja Nein

Für die jeweiligen Gruppen haben wir einen WhatsApp-Chat eröffnet, damit wir Sie schnell und bequem informieren können.

Wir sind einverstanden Wir haben kein WA/Möchten dies nicht

Wir haben das «Informationsblatt» über die Spielgruppe Spielkiste erhalten und sind damit einverstanden:

Ort und Datum

Unterschrift der Eltern

Bitte das Formular ausgefüllt und unterzeichnet senden an:

Spielgruppe Spielkiste
Hinzenmatt 635
3054 Schüpfen