

# Spielgruppe Schlümpfe Kloten

## Anmeldeformular

Bitte zutreffendes ankreuzen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	vormittags	09:00-12:00
Mo	Di		Do	Fr	nachmittags	14:00-17:00

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Email Adresse \_\_\_\_\_

Natel Mami \_\_\_\_\_

Natel Papi \_\_\_\_\_

Einzahlung  per Onlinebanking  per Post (SFr. 2.40 pro Rechnung)

Unterschrift der Eltern\* \_\_\_\_\_

*\*Mit meiner / unseren Unterschriften erklären wir uns mit den Bestimmungen der Spielgruppe Schlümpfe einverstanden. Bei Absenzen werden grundsätzlich keine Rückerstattungen geleistet.*

Bitte dieses Anmeldeformular einsenden an

Cristina Crusi  
Birchstrasse 118  
8156 Oberhasli