

Anmeldung für Spielgruppe / Kindergarten

WzQ 4.4.02.a

Kind

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:AHV-Nr:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Eintritt SPG: ☐ KG: ☐ Gewünschtes Eintrittsdatum:

Bisher besucht (Spielgruppe/ Kindergarten, Schulhaus, Lehrperson):

.....Tel.:

Vater

Name:

Vorname:

Beruf:

Adresse:

Telefon: P:G:

Handy:

Mail:

Mutter

Name:

Vorname:

Beruf:

Adresse:

Telefon: P:G:

Handy:

Mail:

Erziehungsberechtigt:

Kontaktperson:

Geschwister

Vorname: Geburtsjahr:

Vorname: Geburtsjahr:

./. bitte wenden

BITTE ANKREUZEN, WAS GEWÜNSCHT WIRD:

Spielgruppe

- ☐ Montagmorgen
- ☐ Dienstagmorgen
- ☐ Mittwochmorgen
- ☐ Donnerstagmorgen
- ☐ Freitagmorgen

Versicherung

Versicherungen für Krankheit, Unfall, Haftpflicht (auch für Schulweg und in der Schule) sind Sache der Eltern.

Ebenfalls müssen die Eltern die Schulzahnpflege bei ihrer Wohngemeinde selbst veranlassen.

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

Unterschrift Eltern: