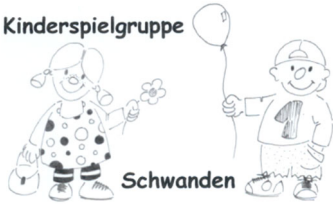


# ANMELDUNG FÜR DIE SPIELGRUPPE

Kinderspielgruppe



Schwanden

Einsenden an:

Manuela Becker  
Mattstrasse 6  
8762 Schwanden

## Spielgruppenbesuch:

Gewünschte Gruppe(n) bitte ankreuzen.

**Montagsmorgen**  
08:15 – 11:15 Uhr / 3 Stunden

**Mittwochmorgen**  
08:15 – 11:15 Uhr / 3 Stunden

**Donnerstagsmorgen**  
08:15 – 11:15 Uhr / 3 Stunden

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Eltern: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon+Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Spricht das Kind Deutsch: Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Allergien / allfällige Krankheiten: \_\_\_\_\_

**Versicherung:** Ihr Kind ist während der Spielgruppe nicht gegen Unfall versichert. Die Versicherung ist Sache der unterzeichnenden Erziehungsberechtigten.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_