

# 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  Eintritt per

Geschlecht  männlich  weiblich Geburtsdatum

## Nationalität

## Allergien / Krankheiten

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

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

Adresse \_\_\_\_\_

Einzahlung  per Onlinebanking  per Post (SFr. 3.10 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