

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 _____

Telefonnummer _____

Email Adresse _____

Natel Mami _____

Natel Papi _____

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