

Spielgruppe Schlümpfe Bassersdorf

Anmeldeformular

Bitte zutreffendes ankreuzen	Mo	Di	Mi	Do	Fr	vormittags	08:30-11:30
	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 _____

Zinsaufwands \square per Schnellrechnung \square per Post (S.W.E. & p.c. 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

