

Anmeldung **pro Kind**

Name | Vorname

Strasse | Nr.

PLZ | Ort

Geburtsdatum

Lehrperson

Hausarzt (Name, Tel.)

Allfällige Allergien, Medikamente ja nein

Wenn ja welche

Bemerkungen

Mittagstischbesuch jeweils

am Montag Dienstag Mittwoch

Donnerstag Freitag

Anmeldung gültig bis

Bitte nur bei Transport-Bedarf ankreuzen.

Kinder-Autositz benötigt

Personalien der/des Erziehungsberechtigten

Name | Vorname

Strasse | Nr.

PLZ | Ort

E-Mail

Telefon privat

(erreichbar während der Öffnungszeit Mittagstisch)

Natel

(erreichbar während der Öffnungszeit Mittagstisch)

Ich/wir bestätigen, dass mein/unser Kind Privathaftpflicht versichert ist.

Ort | Datum

Unterschrift