

FERIENSPIELPLATZ WALDBRUNN – AUSWEIS

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Alter: _____

Telefon für den Notfall: _____

Allergien: _____

Gegenmaßnahmen: _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnehmer: _____

- Falls Ihr Kind Medikamente einnehmen muss, informieren Sie bitte das Betreuerteam.
- Ich habe die Hinweise zur Kenntnis genommen und stimme den Bedingungen zu.

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Betreuung von 8.00 bis 9.30 Uhr für berufstätige Eltern (verbindliche Anmeldung bitte bis 21.07.17 im Rathaus abgeben)

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Alter: _____

Telefon für den Notfall: _____

Mittwoch
16.08.17

Donnerstag
17.08.17

Freitag
18.08.17

Montag
21.08.17

Dienstag
22.08.17

Mittwoch
23.08.17

Donnerstag
24.08.17

Freitag
25.08.17

Bitte gewünschte Tage ankreuzen

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten