

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 27.07.18 im Rathaus abgeben)

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Alter: _____

Telefon für den Notfall: _____

Dienstag
14.08.18

Donnerstag
16.08.18

Freitag
17.08.18

Montag
20.08.18

Dienstag
21.08.18

Mittwoch
22.08.18

Donnerstag
23.08.18

Freitag
24.08.18

Bitte gewünschte Tage ankreuzen

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten