



Spielgruppe Elfenland

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Familiensprache(n): _____ Religion: _____

Adresse: _____

Name und Vorname der Mutter: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Name und Vorname des Vaters: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Andere Bezugspersonen und Telefon: _____

Name und Jahrgänge der Geschwister: _____

Was ich nicht essen darf: _____

Allergien, Ängste, Medikamente und sonstiges: _____

Eintrittsdatum: _____ Gewünschter Spielgruppenmorgen

Dienstag 08:30 - 11:30 Uhr

Donnerstag 08:30 - 11:30 Uhr

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

Bitte im Doppel unterschreiben

Unterschrift der Spielgruppenleiterin
