



Name	
Vorname	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Geburtsdatum	
Nationalität	
Muttersprache	
Spricht Ihr Kind deutsch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein
Versteht Ihr Kind deutsch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein
Name Erziehungsberechtigte	
Name Erziehungsberechtigter	
Geschwister	Name
	Geburtsdatum
	.....
	.....
Adresse:	Strasse
	PLZ, Ort
	Telefon
	Natel
	Notfallnummer
Eintritt Spielgruppe (Datum)	
Anmeldung	Zwei Vormittage (Dienstag und Donnerstag) <input type="checkbox"/>
	Ein Vormittag Dienstag <input type="checkbox"/>
	Donnerstag <input type="checkbox"/>
	beide Vormittage möglich <input type="checkbox"/>
Bemerkungen: Allergien, benötigte Medikamente, schwere Krankheiten/Unfälle, Einschränkungen usw.	.....
	.....
	.....
	.....

Bitte senden an: Primarschule Pfyf, Schulleitung, Städtli 1a, 8505 Pfyf

Datum

Unterschrift

.....

.....