

# ANMELDUNG WALDSPIEL- GRUPPE ROTI ZIPFELMÜTZE



## Angaben zum Kind

Vorname	_____	Name	_____
Geb.Datum	_____	Alter	Geschwister _____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Vorname Eltern	_____	Name Eltern	_____
Tel.-Nr. Privat	_____	Tel.-Nr. Geschäft	_____
Mobile	_____	E-Mail-Adresse	_____

## Wir melden unser Kind für folgenden Waldspielgruppenmorgen/-nachmittag an:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dienstagmorgen (ab 3 J.)<br>(von 8.30 h bis 11.30 h) | <input type="checkbox"/> Mittwochmorgen (ab 3 J.)<br>(von 8.30 h bis 11.30 h) | <input type="checkbox"/> Donnerstagnachmittag (ab 4. J.)<br>(von 13.30 h bis 16.30 h) |
|---|---|---|

## Elternverein

Sind Sie Mitglied des Elternvereins

☐ ja ☐ nein

falls Sie Mitglied werden möchten, finden Sie das Anmeldeformular unter [www.evk-faz.ch](http://www.evk-faz.ch) (Rubrik Mitgliedschaft)

## Kosten

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich zur Zahlung von **CHF 21.- / Mitglieder EVK CHF 17.-** pro Waldspielgruppenmorgen/-nachmittag. Es wird quartalsweise im Voraus abgerechnet. Nicht besuchte Stunden können nicht rückerstattet werden.

## Versicherung

Die Versicherung ist Sache der Eltern.

Wir freuen uns auf viele erlebnisreiche Waldspielgruppenhalbtage und wünschen Ihnen und Ihrem Kind viel Freude und Mut am Mitgestalten der Waldspielgruppengemeinschaft.

Herzliche Grüsse

Elternverein Küttigen/Rombach

Anmeldung bitte senden an: Organisation Wald/Spielgruppe, Michelle Müller, Sonnmattstr. 17 b, 5022 Rombach

# NOTFALLBLATT



Name des Kindes / Telefonnummer Eltern

---

---

Telefonnummer im Notfall, wenn die Eltern nicht erreichbar sind

---

---

Zu beachtende Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten / Medikamente

---

---

Medikamente, welche vom Kind regelmässig eingenommen werden müssen

---

---

Kinder-/Familienarzt mit Adresse und Telefonnummer

---

---

Unerwünschte Behandlungsarten (z.B. keine Bluttransfusionen, keine chemische Medikamente / keine homöopathische Medikamente etc.)

---

---

**Wir erlauben der Waldspielgruppenleiterin, mit oben beschriebenen Angaben im Notfall den nächsten erreichbaren Arzt oder Kinderarzt zu konsultieren.**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Diese Angaben werden vertraulich behandelt und nur im Notfall bekanntgegeben.**

Elternverein Küttigen/Rombach - das Waldspielgruppenteam