

Anmeldung Gruppe da giug Scalins



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Eltern oder Erziehungsberechtigte:

Name: _____

Vornamen: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Handy Mutter: _____ Handy Vater: _____

E-Mail: _____

**Gewünschter Spielgruppentag: bitte alle möglichen Optionen angeben
(1./2./3. Priorität, nicht möglich)**

Montag Vormittag _____

Montag Nachmittag _____

Dienstag Vormittag _____

Allergien, Krankheiten:

Als Erziehungsberechtigter des Kindes bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mit den Rahmenbedingungen einverstanden bin.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anmeldefrist: 1. Mai 2026

Die Anmeldung ist verbindlich, da der Platz reserviert ist

Fotos der Spielgruppenkinder

Bitte ankreuzen:

- ☐ Unser Kind darf fotografiert und die Bilder in Zusammenhang mit der Spielgruppe für Interne Zwecke gebraucht werden (nicht auf der Homepage)
- ☐ Die Fotos dürfen ohne Namen, für unsere Homepage verwendet werden
- ☐ Die Fotos dürfen ohne Namen und mit verdecktem Gesicht, für unsere Homepage verwendet werden

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Notfallapotheke

Die Notfallapotheke enthält:

- Pflaster/Verbandsmaterial
- Merfen Spray
- Bepanthen Plus Wundspray
- Leucen Essigsäures Tonerde-Gel
- Arnica Gel mit Spilanthos (bei Prellungen, Verstauchungen ect.)
- Arnica C200 Globuli
- Apis mellifica C30 Globuli (bei Insektenstichen)

Bitte ankreuzen:

- ☐ Unserem Kind **darf** im Falle von kleineren Verletzungen/Insektenstichen ect. die oben aufgeführten Mittel verabreicht werden.
- ☐ Wir möchten **nicht** dass unserem Kind etwas von den oben aufgeführten Mitteln verabreicht wird.