

# Anmeldung Gruppa da giug Scalins



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Eltern oder Erziehungsberechtigte:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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 Essigsaures Tonerde-Gel
- Arnica Gel mit Spilanthes (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.