



Anmeldung für die Spielgruppe Mamerlapap

Solistrasse 5
8180 Bülach

Spielgruppenmorgen: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Start Datum: _____ Bemerkungen: _____

Name und Vorname des Kindes: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Muttersprache: _____

Allergien: _____

Homöopathie im Notfall: Ja Nein

Vornamen und Alter der Geschwister: _____

Name und Vorname der Mutter: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail Adresse: _____

Name und Vorname des Vaters: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Mamerlapap Mitglied: Ja Nein Wir möchten Mitglied werden

Als erziehungsberechtigter Elternteil bin ich mit den Rahmenbedingungen einverstanden. Diese schriftliche Anmeldung ist verbindlich.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte unterschrieben an Familienzentrum Mamerlapap, ref. Kirchgemeindehaus,
Grampenweg 5, 8180 Bülach senden oder an spielgruppe@mamerlapap.ch mailen.