

Anmeldungsblatt für:

Geburtsdatum

Eintrittsdatum:

Geburtsort

Konfession

Heimatort

Besondere Krankheiten/Allergien

Nächste Impfung :

	Name	Strasse	PLZ	Ort	Tel	Fax	Mail	Geburtsdatum
Beiständin Soziale Dienste								
Rechnungs- adresse								
Mutter								
Vater								
Geschwister								
Grosseltern								
wichte Bezugsperson								
Gotte								
Götti								
Tante/Onkel								
Hausarzt								
2. Arzt								
Zahnarzt								
Lehrerin								
Schulhaus								

Schulleitung								
Haftpflicht- versicherung								
Verein								
Krankenkasse								

Datum _____

Unterschrift _____