



Anmeldeformular Schule Adelboden

Kind

Name		Hausarzt: <input type="checkbox"/> Dr. König
Vorname		<input type="checkbox"/> anderer:
Adresse		Zahnarzt: <input type="checkbox"/> Dr. Germann & Hug
Heimatort		<input type="checkbox"/> Dr. Pflug
Geburtstag		<input type="checkbox"/> Dr. Wilke
		<input type="checkbox"/> anderer:
	Kindergartenbesuch gewünscht an:	<input type="checkbox"/> volles Pensum (5 - 7 Halbtage) <input type="checkbox"/> reduziertes Pensum (4 - 5 Halbtage) <input type="checkbox"/> ein Jahr später in Kindergarten
Besonderes (Allergien/Krankheiten...)		

Eltern

Mutter

Vater

Name		
Vorname		
Beruf		
Telefon		
Natel		
E-Mail		
Besonderes		

Geschwister

Vorname	Geburtstag

Datum

Unterschrift