



Anmeldeformular/ Registration Form

Name des Kindes/ Child's Name: _____

Geburtsdatum/ Birthdate: _____

Name der Eltern/ Parent's Name: _____

Adresse/ Address: _____

Telefon privat/ Phone home: _____

Telefon Geschäft/ Phone office: _____

Natel/ Cell phone: _____

Email/ Email: _____

Eintrittsdatum in das Kid's Camp Tagi: _____

Entry Date: _____

Ich melde mein Kind für folgende Tage und Zeiten an:

I register my child for the following days and times:

Bitte ankreuzen Please tick

	Mon / Mon	Di / Tues	Mi / Wed	Do/ Thurs	Fr / Fri
mit Frühstück 07:30-08:00 Breakfast incl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08:00-12:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Mittagessen 08:00-14:00 Lunch incl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Mittagessen 08:00-18:00 Lunch incl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Mittagessen 12:00-18:00 Lunch incl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:00-18:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18:00-18:30 Late Pick Up Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versicherungen/ Insurance

Name der Kranken-und Unfallversicherung und Policen No.

Name of Health and Accident Insurance and Policy No.

Name der Haftpflichtversicherung und Policen No.

Name of the Liability Insurance and Policy No.

Angaben zum Kind:

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten?

Which of the following vaccinations does your child have?

Diphtherie/Diphtheria Starrkrampf/Tetanus Keuchhusten/Whooping Cough

Kinderlähmung/Polio Masern/ Measles Röteln/Rubella Mumps

Unser Kind zeigt allergische Reaktionen auf: _____
Our child is allergic to:

Unser Kind benötigt Medikamente/ Salben: _____
Our child takes the following medication(s):

Unser Kind darf folgenden Personen mitgegeben werden: _____
Our child has permission to be picked up by:

Versicherung ist Sache der Eltern.

Dieser Vertrag kann jeweils 2 Monate im Voraus, auf Ende Monat, schriftlich gekündigt werden.

Insurance is the responsibility of the parents.

There is a 2 month notification period prior to termination of contract.

Notification is applied to the end of the current month.

Ort, Datum/ City, Date:

Ort, Datum/ City, Date:

Unterschrift der Eltern:
Parent's Signature:

Unterschrift Kitaleitung
Kita Management's Signature:

Anmeldung geht an: Kid's Camp, Nicosia-Schelker AG
Send registration form to: Hohestr.150
4104 Oberwil