

Anmeldeformular/ Registration Form

Optional Year

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 : _____

Entry Date: _____

Obligatorisches Pensum: Montag bis Freitag 8:00-12:00

Minimum Registration: Monday through Friday 8:00 - 12:00

Ich melde mein Kind für folgende Nachmittage/Zusatzbetreuung an:

I register my child for the following afternoon sessions:

Bitte ankreuzen Please tick

	Mon / Mon	Di / Tues	Mi / Wed	Do/ Thurs	Fr / Fri
Frühstücks Club 07:30-08:00 Breakfast Club	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen/ Nachmittag 12:00-15:00 Lunch/Afternoon Session	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvieri inbegriffen 15:00-18:00 Snack included	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Late-Pick Up 18:00-18:30 Late-Pick Up	<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?

- Diphterie/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:

Requested payment method, please tick: monthly
 quarterly
 by semester

If you pay the full amount for each semester, you'll get 2 Camp Weeks incl. Camp Care until 18:00 (worth 500 CHF) for free!

Ort, Datum/ City, Date:

Ort, Datum/ City, Date:

Unterschrift der Eltern:
Parent's Signature:

Unterschrift Schulleitung
School Management's Signature:

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