

B A M B O L A

Spielgruppe
Poststrasse 18, 8700 Küsnacht
Telefon 044 910 83 05

Informationen über das Kind

Sämtliche Angaben werden im BAMBOLA abgelegt und vertraulich behandelt.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschwister (inkl. Jahrgang): _____

Adresse: _____

Telefonnummern (der Eltern): _____

Unfallversicherung: ja nein

Krankenkasse: ja nein

Name des Kinderarztes: _____

Telefonnummer des Kinderarztes: _____

Allergien: _____

Lieblingsbeschäftigungen: _____

Lebt das Kind bei beiden Eltern: _____

Falls Sie als Eltern und Ihr Kinderarzt in einem Notfall nicht erreichbar sind, wären Sie damit einverstanden wenn sich das BAMBOLA Team eigenständig um ärztliche Betreuung bemüht?

ja nein

Übernimmt Ihre Versicherung in einem solchen Fall die entstehenden Kosten?

ja nein

Hiermit bestätige/n ich/wir die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____