



## Anmeldeformular

### Eltern

Name:		Vorname:	
Adresse:		PLZ, Ort:	

### Teilnahme immer an folgenden Wochentagen:

Bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
-----------------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Klassenlehrperson:	
Telefon zu Hause:	
Erreichbarkeit im Notfall: Handy, eventuell andere Bezugspersonen oder Angehörige	
Bemerkungen:	
Mittagstisch gewünscht ab (Datum):	

Diese Anmeldung ist verbindlich und gilt für das ganze Semester.

Die Anmeldung gilt auch für künftige Semester, sofern nicht bis zum 30. Juni (für das 1. Semester des Schuljahres) oder 31. Dezember (für das 2. Semester des Schuljahres) eine Abmeldung erfolgt.

Datum:		Unterschrift der Eltern:	
--------	--	--------------------------	--

Bitte für jedes Kind ein Formular ausfüllen und an die Schulverwaltung senden.

- Primarschule Lütisburg, Schulverwaltung, Flawilerstrasse 17, Postfach, 9604 Lütisburg
- Für Fragen: 071 932 52 69 oder [karinmetzger@schuleluetisburg.ch](mailto:karinmetzger@schuleluetisburg.ch)