



Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich für den regelmäßigen Besuch folgenden Angebotes an:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Spielgruppe (10 Mal mittwochs außerhalb der Schulferien) |
|--------------------------|--|

Beginn des Angebots: _____

NAME des Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ich möchte News und Newsletter der Mamerhaff asbl erhalten |
| <input type="checkbox"/> | Bitte keine News und Newsletter der Mamerhaff asbl an meine Adresse senden |

Bitte überweisen Sie den Betrag von 130 Euro pro Trimester (10 Mal) auf das Konto LU55 0099 7800 0050 0595 (CCRA) der Mamerhaff a.s.b.l..

Es gilt keine Rückerstattung im Falle einer Krankheit oder Abwesenheit des Kindes. Der Preis bezieht sich auf den freigehaltenen Platz in der Gruppe.

Kündigung: jeweils immer vor den Trimesterferien.

Eltern haften für ihre Kinder.

Unterschrift