



Catering Service Anmeldeformular

Kind:

Nachname, Vorname: _____

- Pre-School Kindergarten 1. Klasse 2.Klasse 3.Klasse
 4. Klasse 5. Klasse 6. Klasse

Allergien

Ist ihr Kind auf irgendein Lebensmittel allergisch? _____

Wenn ja, welch(s) Lebensmittel? _____

Isst ihr(e) Kind(er) irgendein Lebensmittel überhaupt nicht? _____

Bitte ankreuzen, welche Tage ihr(e) Kind (er) den Catering Service benutzen, bzw. das Essen selber mitbringen wird:

Catering service	Packed lunch/Mikrowelle
Montag	Montag
Dienstag	Dienstag
Mittwoch	Mittwoch
Donnerstag	Donnerstag
Freitag	Freitag

Wir sind damit einverstanden, den Preis von Fr.12.00 pro Mahlzeit, in drei Raten zu bezahlen.

Datum : _____

Unterschrift : _____

Kommentar