

# Zwergenspielgruppe Engelwies



Ort: Zürcher Strasse 257, 9014 St. Gallen

Beginn: ab 14. August 2023

Leitung: Amanda Then, Telefon: 076 308 41 44

E-Mail: [amanda.tt88@hotmail.com](mailto:amanda.tt88@hotmail.com)

Bitte **Anmeldung und Tarifeinstufung** schriftlich an folgende Adresse schicken bis zum **30. April 2023** an:

Amanda Then, Schulstrasse 15, 9403 Goldach

Bei Fragen bitte E-Mail an die Gesamtleiterin ([amanda.tt88@hotmail.com](mailto:amanda.tt88@hotmail.com))

Den Einteilungsbrief mit weiteren Informationen erhalten Sie anfangs Juli 2023.

## Anmeldung

Ich/Wir schicken unser Kind in die Zwergenspielgruppe Engelwies

Ja             Nein

Ich melde mein Kind für 1x in der Woche an

Bitte **alle** möglichen Termine ankreuzen:

- Montagvormittag: 9-11 Uhr
- Donnerstagnachmittag: 13.30-15.30 Uhr
- Freitagvormittag: 9-11 Uhr

---

Kosten: Zwergenspielgruppe-Tarif für 2 Stunden (Vormittag oder Nachmittag),  
je nach massgebendem Einkommen: Fr. 4.--, Fr. 8.-- oder Fr. 12.--

Vorname, Nachname des Kindes:

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ und Ort:

\_\_\_\_\_ Mädchen oder Junge: \_\_\_\_\_

Muttersprache des Kindes: \_\_\_\_\_ Deutschkenntnisse: \_\_\_\_\_

Allergien, Anliegen oder Bemerkungen übers Kind:

\_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/ Handy: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/ Handy: \_\_\_\_\_

***Die Eltern sind verpflichtet, eine Unfall- und Haftpflichtversicherung für ihr Kind abzuschließen.***

**Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Anmeldung ihres Kindes und es wird einen Platz in der Spielgruppe reserviert. Bei Nichterscheinen wird jeweils 1.Semester in Rechnung gestellt.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Tarif-Einstufung Zwerglispielgruppen

**Dieses Formular bitte der Spielgruppen-Anmeldung beilegen.**

### Antragsteller/Antragstellerin

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. : \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

### Im gleichen Haushalt lebende/r Ehepartner/in oder Konkubinatspartner/in

(Die Angaben über den/die Konkubinatspartner/in sind lediglich bei gemeinsamen Kindern aufzuführen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. : \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

### Spielgruppe:

### Einverständniserklärung

Für die Festlegung der städtischen Beiträge an die Kosten der SpiKi-Spielgruppe ermächtige ich/ermächtigen wir die Stadt St.Gallen, Gesellschaftsfragen, bei den zuständigen Steuerbehörden die notwendigen Informationen (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) einzuholen.

### Unterschriften

Bei Ehepaaren, bei eingetragenen Partnerschaften und unverheirateten Eltern, welche im gleichen Haushalt wohnen, ist diese Ermächtigung durch beide Personen zu unterzeichnen.

Ort und Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in \_\_\_\_\_  
Unterschrift Partner/in \_\_\_\_\_

### Durch die Stadt St.Gallen, Gesellschaftsfragen, auszufüllen

SpiKi-Tarifstufe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_