

## Anmeldung Bewegungskurs «MiniFit»

Ihre Unterschrift gilt als Anmeldung und wird der Kursleitung übermittelt. Wer am Kurs «MiniFit» teilnimmt, muss regelmässig und pünktlich erscheinen. Bei Verhinderung ist eine rechtzeitige Abmeldung bei der Kursleitung obligatorisch.

Anmeldungen an: *Stadt Zürich, Schulärztlicher Dienst, Sabrina Edler, Langstrasse 21, 8004 Zürich*

Kursort bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Altstetterstrasse | <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Auhof    |
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Grünau            | <input type="checkbox"/> Turnhalle Im Isengrind    |
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Kugeliloo         | <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Probstei |
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Sihlfeld          |  |

Name / Vorname des Kindes:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse & PLZ:

---

Handy der Eltern:

E-Mailadresse:

---

Besucht Ihr Kind am Kurstag den Hort?  ja  nein Hortname:

---

Datum / Unterschrift der Eltern:

---

## Anmeldung Bewegungskurs «MiniFit»

Ihre Unterschrift gilt als Anmeldung und wird der Kursleitung übermittelt. Wer am Kurs «MiniFit» teilnimmt, muss regelmässig und pünktlich erscheinen. Bei Verhinderung ist eine rechtzeitige Abmeldung bei der Kursleitung obligatorisch.

Anmeldungen an: *Stadt Zürich, Schulärztlicher Dienst, Sabrina Edler, Langstrasse 21, 8004 Zürich*

Kursort bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Altstetterstrasse | <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Auhof    |
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Grünau            | <input type="checkbox"/> Turnhalle Im Isengrind    |
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Kugeliloo         | <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Probstei |
| <input type="checkbox"/> Turnhalle Schule Sihlfeld          |  |

Name / Vorname des Kindes:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse & PLZ:

---

Handy der Eltern:

E-Mailadresse:

---

Besucht Ihr Kind am Kurstag den Hort?  ja  nein Hortname:

---

Datum / Unterschrift der Eltern:

---



**Stadt Zürich**  
Schulgesundheitsdienste

Bitte  
frankieren

Stadt Zürich  
Schulärztlicher Dienst  
Sabrina Edler  
Langstrasse 21  
8004 Zürich



**Stadt Zürich**  
Schulgesundheitsdienste

Bitte  
frankieren

Stadt Zürich  
Schulärztlicher Dienst  
Sabrina Edler  
Langstrasse 21  
8004 Zürich