



ANMELDUNG

Angabe Schülerin / Schüler

Vorname/Name	M <input type="checkbox"/> / W <input type="checkbox"/>
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefonnummer für Notfälle	
Jahrgang	
Klasse	
Allergien	

Angaben zur Bezugsperson im Alterszentrum Rubiswil

Vorname/Name	
Bereich	
Abteilung	

Mit dieser Anmeldung gebe ich mein Einverständnis zur Publizierung von Fotos von diesem Tag.

Anmeldung bis **25. Oktober 2025** an:

Alterszentrum Rubiswil, Daniela Lüönd, MA HR/Administration, Gotthardstrasse 124, 6438 Ibach

daniela.lueoend@gemeindeschwyz.ch

041 818 36 29