

Tagesschule Vechigen

Kernstrasse 1

3067 Boll

**Anmeldung Betreuungsangebot Tagesschule light**

Ich / Wir melden unser/e Kind/er wie folgt zum Tagesschulbesuch gemäss Art. 6 Abs. 4 und Art. 7 Abs. 5 der Tagesschulverordnung der Gemeinde Vechigen vom 4. März 2010 an: **Bitte beachten Sie, dass dieses Angebot pro Schuljahr und pro Kind nur fünfmal genutzt werden kann.**

Personalien der Kinder, welche für ein Betreuungsangebot angemeldet werden:

Name Vorname Klasse Schulhaus Datum der

Betreuung

1.

                       

2.

                       

3.

                       

Bitte die gewünschten Betreuungseinheiten ankreuzen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Montag | Dienstag | Donnerstag | Freitag |
| 11.55 – 13.45 Stämpbach |  |  |  |  |
| 12.00 – 13.00 OS-SchülerInnen |  |  |  |  |
| 13.45 – 15.20 |  |  |  |  |
| 15.20 – 16.20 |  |  |  |  |
| 16.20 – 17.00 |  |  |  |  |
| 17.00 – 18.00 |  |  |  |  |

**Zu diesen Zeiten besteht kein Tagesschul-Angebot**

**Kosten**

Betreuung: CHF 5.00 pro Kind und Stunde

Mahlzeiten: Mittagessen: CHF 8.70 / Zvieri CHF 1.50

Für die Kosten wird Ihnen nach dem Tagesschulbesuch eine Rechnung zugestellt.

Ich bestätige die Anmeldung:

Ort und Datum: Name/Vorname:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Notfallblatt** | Bitte teilen Sie Änderungen umgehend der Klassenlehrperson mit |
| Name/ Vorname des Kindes |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse |  |
| Telefon privat |  |
| Telefon Geschäft | Mutter       Vater |
| Mobiltelefon | Mutter       Vater |
| Name: Haus- oder Kinderarzt |  |
| Adresse Arzt |  |
| Telefon Arzt |  |
| Krankenkasse  Krankenkassennummer |  |
| Hat ihr Kind gesundheitliche  Probleme? |  |
| Zum Beisp. Allergien, Diabetes, Epilepsie, Asthama, etc. |  |
| Benötigt Ihr Kind deswegen bestimmte Medikamente?  Wenn ja, bitte Medikament angeben. |  |
| Datum letzter Starrkrampf- Impfung? (Di-Te\_Per) |  |
| Darf die Schule dem Kind ein Schmerzmittel abgeben? (In Notfällen) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schuljahr | Unterschrift Eltern | Schuljahr | Unterschrift Eltern |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |