|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Schulkreis Breitenrain – Lorraine** Standort Spitalacker/Breitenrain **Tagesschulleitung****Peter Knecht** Gotthelfstrasse 40, 3013 Bern Tel: 031 321 24 10[www.breitenrain-lorraine.ch](http://www.breitenrain-lorraine.ch) |  | **Stadt Bern**Direktion für Bildung Soziales und Sport |

##### [ ]  Wir benötigen keinen Tagesschulplatz mehr.

##### ANMELDUNG FÜR DIE TAGESSCHULE SPITALACKER / BREITENRAIN

**Schuljahr 2019/2020**

|  |
| --- |
| **Name, Vorname des Kindes** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. [ ] Mädchen[ ] Knabe

Strasse / PLZ Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Besucht im nächsten Schuljahr die Klasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Besonderes (Allergien, chronische Krankheiten, kein Schweinefleisch, etc.)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Verbindliche Betreuungszeiten und gewünschter Standort ankreuzen (Standortwünsche werden so weit als möglich berücksichtigt.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Breitenrain (Br)** [ ] Breitenrainstrasse 42031 321 24 12 | **Kindergarten (KG**) [ ] Spitalackerstrasse 34031 321 24 13 | **Breitsch-Träff (BT)** [ ] Breitenrainplatz 27031 321 24 15 | **Feuerwehr (Fw)** [ ] Gotthelfstrasse 29031 321 24 16 |

**Unser Kind besucht folgendes Angebot der Schule oder ausserschulischen Kurs:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Flöten** | [ ]  | **Orff** | [ ]  | **Chor** | [ ]  | **Fakultatives Textiles Gestalten** | [ ]  | **Fakultatives Technisches Gestalten** |
| [ ]  | **Gschichte-Musig-Chischte** | [ ]  | **Forschen und Experimentieren** | [ ]  | **Schülerband** | [ ]  | **Anderes Angebo:** |

Bitte Stundenplanänderungen, welche die besuchten Tagesschuleinheiten Ihres Kindes während dem Schuljahr 19/20 verändern, hier vermerken:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\*Bitte beachten Sie, dass halbe Betreuungseinheiten von der Stadt nur bewilligt werden, falls ein Angebot der Schule oder ein ausserschulischer Kurs (Musik, Sport) besucht wird.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | **Betreuungseinheit** | **Zeiten** | **Montag** | **Dienstag** | **Mittwoch** | **Donnerstag** | **Freitag** |
| **1** | **Morgen** | **07.00 – 08.15** |[ ] [ ]  [ ]  |[ ] [ ]
| **2** | **Mittag** | **11.50 – 13.30** |[ ] [ ]  [ ]  |[ ] [ ]
| **3** | **Halber Mittag** | **A 11.50 – 12.45 oder****B 12.45 – 13.30** | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  |
| **4** | **Nachmittag 1** | **13.30 – 15.00** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **5** | **Halber Nachmittag 1****(In der Filiale Kindergarten am Dienstagnachmittag wegen Ausflügen nicht wählbar!)** | **A 13.30 – 14.15 oder****B 14.15 – 15.00** | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  |  | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  |
| **6** | **Nachmittag 2** | **15.00 – 18.00** |[ ] [ ]   |[ ] [ ]
| **7** | **Halber Nachmittag 2****(In der Filiale Kindergarten am Dienstagnachmittag wegen Ausflügen nicht wählbar!)** | **A 15.00 – 16.30 oder****B 16.30 – 18.00** | **A** [ ] **B** [ ]  | **A** [ ] **B** [ ]  |  | **A** [ ] **B** [ ]  |  |

|  |
| --- |
| Name, Vorname der Mutter Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Strasse: i Tel P: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**Tel G:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

E-Mail: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** Handy: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

|  |
| --- |
| Name, Vorname des Vaters Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Strasse: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** Tel P: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

PLZ, Ort: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**Tel G:**Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

E-Mail: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** Handy: **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

Wer ist haupterwerbstätig? **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

Wohnhaft gemeinsam mit beiden Elternteilen [ ] Ja [ ] Nein

Wenn nein, bitte die nachfolgenden Angaben machen:

Wohnhaft: [ ] bei der Mutter [ ] beim Vater [ ] teilw. bei der Mutter, teilw. beim Vater

 [ ] bei folgender Person:

 Name, Vorname **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

 Adresse, Ort **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

 Tel P **Klicken Sie hier, .** Handy Klicken Sie hier

 E-Mail **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

Wem steht das Sorgerecht zu? **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

**Mit der Unterschrift ist Ihre Anmeldung verbindlich. Änderungen können nur auf ein begründetes Gesuch an die Tageschulleitung bewilligt werden.**

*Tagesschulverordnung Art. 32*

*Eine Reduktion des bestellten Angebots kann aus wichtigen Gründen reduziert werden.*

*Ein wichtiger Grund liegt dann vor, wenn:*

1. *Sich die wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie, namentlich aufgrund beruflicher Veränderungen, von Arbeitslosigkeit oder dergleichen, wesentlich verändert haben;*
2. *Sich nicht voraussehbare Möglichkeiten der Betreuung innerhalb der Familie ergeben;*
3. *Die Schülerin oder der Schüler während der Berteuungszeit neue regelmässige Freizeitaktivitäten (Musik, Sport usw. ) ausübt.*
4. *Die Reduktion erfolgt nach Ablauf einer Frist von drei Monaten auf den Monatsanfang.*

Bern **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.**

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigte: ....................................................................................

**Der Anmeldung sind folgende Unterlagen beizulegen:**

[ ]  Persönliches Notfallblatt für Schule und Tagesschule

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Schulkreis Breitenrain – Lorraine**Standort Spitalacker/Breitenrain**Schulleitung**Gotthelfstrasse 40, 3013 Bern Tel: 031 321 24 00www.breitenrain-lorraine.ch |  **Stadt Bern** | Schulen**Stadt Bern** |

 Notfallblatt für Schule und Tagesschule

**Bitte füllen Sie dieses Notfallblatt sorgfältig aus.**

Mit diesen Informationen helfen Sie uns, bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen schnell die nötigen Massnahmen zu treffen und Sie als Eltern zu informieren.

Die Daten werden **vertraulich** behandelt und nach Beendigung des Schuljahres oder bei einem Klassenwechsel vernichtet.

**Die Tagesschule leitet das Notfallblatt an die entsprechende Lehrperson weiter.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** und **Vorname** des Kindes | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klasse und Klassenlehrpersonen | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Muttersprache(n) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse und Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| eMail Adressen | MutterKlicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| VaterKlicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummern, unter der die Eltern und andere Bezugspersonen während der Unterrichtszeit erreichbar sind | MutterKlicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| VaterKlicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| AndereKlicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wird Ihr Kind an gewissen Tagen von einer Drittperson betreut?(Tagesschule, Tagi, Tagesmutter, etc.) | Wann:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Ort/Name:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Adresse:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Telefon:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hausarzt | Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Telefon:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Versicherungen: | Krankenkasse:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Unfallversicherung:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.AHV-Nummer:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Informationen zur Ernährung Ihres Kindes(Unverträglichkeiten, Intoleranzen, Allergien, Vegetarismus, kein Schweinefleisch, etc.) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Informationen zu (chronischen) Krankheiten und Allergien(Asthma, Neurodermitis, ...) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? | [ ]  ja [ ]  neinWenn ja, welche?Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Dürfen im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Leidet Ihr Kind unter besonderen Ängsten?(Höhe, Hunde, ...) | [ ]  ja [ ]  neinWenn ja, welche?Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hat Ihr Kind eine körperliche Beeinträchtigung?(Sehschwäche, Hörschwäche...) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ich bin damit einverstanden, dass Ton und Bildaufnahmen (Foto, Film) von meinem Kind für einzelne Zwecke verwendet werden. | 1. Veröffentlichung für den internen Gebrauch – im Klassenzimmer, in Schulräumen, im Korridor oder in der Tagesschule[ ]  ja [ ]  nein 2. Veröffentlichung auf der Homepage der Schule/Tagesschule[ ]  ja [ ]  nein |
| Bemerkungen, Anliegen, besondere Massnahmen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Datum, Unterschrift der Eltern: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bitte reichen Sie das persönliche Datenblatt mit der Anmeldung ein und teilen Sie uns Änderungen jeweils sofort mit. Vielen Dank im Voraus!**