

Wir benötigen keinen Tagesschulplatz mehr.

ANMELDUNG FÜR DIE TAGESSCHULE SPITALACKER / BREITENRAIN

Schuljahr 2017/2018

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum _____

Mädchen

Knabe

Strasse / PLZ Ort _____

Besucht im nächsten Schuljahr die Klasse _____

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

Verbindliche Betreuungszeiten und gewünschter Standort ankreuzen

(Standortwünsche werden so weit als möglich berücksichtigt.)

Spitalacker (Spi) <input type="checkbox"/> Viktoriastrasse 60 031 321 24 11	Breitenrain (Br) <input type="checkbox"/> Breitenrainstrasse 42 031 321 24 12	Kindergarten (KG) <input type="checkbox"/> Spitalackerstrasse 34 031 321 24 13	Breitsch-Träff (BT) <input type="checkbox"/> Breitenrainplatz 27 031 321 24 15	Feuerwehr (Fw) <input type="checkbox"/> Gotthelfstrasse 29 031 321 24 16
--	--	---	---	---

Nr.	Betreuungseinheiten	Zeiten	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
1	Morgenbetreuung	07.00 – 08.15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mittagsbetreuung	11.50 – 13.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Halbe Mittagsbetreuung	A 11.50 – 12.45 oder B 12.45 – 13.30	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
4	Nachmittagsbetreuung 1	13.30 – 15.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Halbe Nachmittagsbetreuung 1 (In der Filiale Kindergarten am Dienstagnachmittag wegen Ausflügen nicht wählbar!)	A 13.30 – 14.15 oder B 14.15 – 15.00	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	
6	Nachmittagsbetreuung 2	15.00 – 18.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Halbe Nachmittagsbetreuung 2 (In der Filiale Kindergarten am Dienstagnachmittag wegen Ausflügen nicht wählbar!)	A 15.00 – 16.30 oder B 16.30 – 18.00	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	

Name, Vorname der Mutter

Strasse _____ Tel P _____
PLZ, Ort _____ Tel G _____
E-Mail _____ Handy _____

Name, Vorname des Vaters

Strasse _____ Tel P _____
PLZ, Ort _____ Tel G _____
E-Mail _____ Handy _____

Wer ist hauptberuflich tätig? _____

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 _____

Adresse, Ort _____

Tel P _____ Handy _____

E-Mail _____

Wem steht das Sorgerecht zu? _____

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

Tagesschulverordnung Art. 32

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

Ein wichtiger Grund liegt dann vor, wenn:

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

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Bern, _____

Der Anmeldung sind folgende Unterlagen beizulegen:

- Persönliches Datenblatt des Kindes

Persönliches Datenblatt des Kindes

Personalien

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Adresse

PLZ Wohnort

Telefonnummer/.....

Name der Erziehungsberechtigten

1.

2.

Telefonnummern, unter denen tagsüber im Notfall jemand erreichbar ist:

Name:/.....

Name:/.....

Name:/.....

Weitere wichtige Angaben

Allergien

Lebensmittelunverträglichkeit

Unser Kind isst: kein Fleisch kein Schweinefleisch kein Fisch

Bitte geben Sie **ausschliesslich Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten** an, bei Unklarheiten und weiteren Fragen, melden Sie sich bitte zu den Telefonzeiten. Bei Lebensmittelunverträglichkeiten wird eine unserer Köchinnen mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Weitere Mitteilungen

.....
.....

Datum Unterschrift

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