



Schulkreis Breitenrain – Lorraine
 Standort Spitalacker/Breitenrain
 Tagesschulleitung
 Peter Knecht
 Gotthelfstrasse 40, 3013 Bern
 Tel: 031 321 24 10
www.breitenrain-lorraine.ch



Stadt Bern
 Direktion für Bildung
 Soziales und Sport

Wir benötigen keinen Tagesschulplatz mehr.

ANMELDUNG FÜR DIE TAGESSCHULE SPITALACKER / BREITENRAIN

Schuljahr 2018/2019

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum _____

Mädchen

Knabe

Strasse / PLZ Ort _____

Besucht im nächsten Schuljahr die Klasse _____

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

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
--	---	---	---

Unser Kind besucht folgendes Angebot der Schule oder ausserschulischen Kurs:

<input type="checkbox"/>	Flöten	<input type="checkbox"/>	Orff	<input type="checkbox"/>	Schülerband	<input type="checkbox"/>	Fakultatives Textiles Gestalten	<input type="checkbox"/>	Fakultatives Technisches Gestalten
<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	Mut tut gut	<input type="checkbox"/>	Chor	<input type="checkbox"/>	Anderes Angebot:		

Bitte Stundenplanänderungen, welche die besuchten Tagesschuleinheiten Ihres Kindes während dem Schuljahr 18/19 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.	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	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
		oder B 12.45 – 13.30	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <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 <small>(In der Filiale Kindergarten am Dienstagnachmittag wegen Ausflügen nicht wählbar!)</small>	A 13.30 – 14.15	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
		oder B 14.15 – 15.00	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>		B <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"/>	
7	Halbe Nachmittagsbetreuung 2 <small>(In der Filiale Kindergarten am Dienstagnachmittag wegen Ausflügen nicht wählbar!)</small>	A 15.00 – 16.30	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/>	
		oder B 16.30 – 18.00	B <input type="checkbox"/>	B <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 haupterwerbstätig? _____

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 Betreuungszeit 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 Notfallblatt des Kindes

Mai 18

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	
Klasse und Klassenlehrpersonen	
Geburtsdatum	
Muttersprache(n)	
Adresse und Telefon	
eMail Adressen	Mutter
	Vater
Telefonnummern, unter der die Eltern und andere Bezugspersonen während der Unterrichtszeit erreichbar sind	Mutter
	Vater
	Andere
Wird Ihr Kind an gewissen Tagen von einer Drittperson betreut? (Tagesschule, Tagi, Tagesmutter, etc.)	Wann: Ort/Name: Adresse: Telefon:

Hausarzt	Name: Telefon:
Versicherungen:	Krankenkasse: Unfallversicherung: AHV-Nummer:
Informationen zur Ernährung Ihres Kindes (Unverträglichkeiten, Intoleranzen, Allergien, Vegetarismus, kein Schweinefleisch, etc.)	
Informationen zu (chronischen) Krankheiten und Allergien (Asthma, Neurodermitis, ...)	
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche und wann?
Dürfen im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leidet Ihr Kind unter besonderen Ängsten? (Höhe, Hunde, ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?
Hat Ihr Kind eine körperliche Beeinträchtigung? (Seeschwäche, Hörschwäche...)	
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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Veröffentlichung auf der Homepage der Schule/Tagesschule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen, Anliegen, besondere Massnahmen:	
Datum, Unterschrift der Eltern:	

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