|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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 2018/2019**

|  |
| --- |
| **Name, Vorname des Kindes** |

Geburtsdatum: MädchenKnabe

Strasse / PLZ Ort:

Besucht im nächsten Schuljahr die Klasse:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Breitenrain (Br)**  Breitenrainstrasse 42  031 321 24 12 | **Kindergarten (KG**)  Spitalackerstrasse 34  031 321 24 13 | **Breitsch-Träff (BT)**  Breitenrainplatz 27  031 321 24 15 | **Feuerwehr (Fw)**  Gotthelfstrasse 29  031 321 24 16 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Flöten** |  | **Orff** |  | **Schülerband** |  | **Fakultatives Textiles Gestalten** |  | **Fakultatives Technisches Gestalten** |
|  | **Schwimmen** |  | **Mut tut gut** |  | **Chor** |  | **Anderes Angebot:** f | | |

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. | **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 des Kindes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Schulkreis Breitenrain – Lorraine**  Standort Spitalacker/Breitenrain  **Schulleitung**  Gotthelfstrasse 40, 3013 Bern  Tel: 031 321 24 00  www.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 |  |
| 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? | ja  nein  Wenn ja, welche? |
| Dürfen im Notfall homöopathische Mittel verabreicht werden? | ja  nein |
| Leidet Ihr Kind unter besonderen Ängsten?  (Höhe, Hunde, ...) | ja  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  ja  nein  2. Veröffentlichung auf der Homepage der Schule/Tagesschule  ja  nein |
| Bemerkungen, Anliegen, besondere Massnahmen: |  |
| Datum, Unterschrift der Eltern: |  |

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