

Anmeldeformular schulergänzende Betreuung Schulergänzende Betreuung (SEB)

Personalien des Kindes

Bitte für jedes Kind ein Formular ausfüllen

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Nationalität	
Notfallnummern		Eintrittsdatum	
Kinderarzt/-ärztin (Name)		Tel.Nr.	
Allergien			
Unser Kind braucht Medikamente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Dosierung der Medikamente: <input type="checkbox"/> ...trägt das Kind bei sich <input type="checkbox"/> ...sind bei der Leitung SEB verschlossen hinterlegt		
Die Medikamente			
Bemerkungen			

Personalien der Erziehungsberechtigten

Bei gemeinsamen Sorgerecht Angaben von Vater und Mutter ausfüllen

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Strasse / Nr.		
PLZ / Ort		
Tel. Privat		
Mobile		
E-Mail		
Beruf		
Adresse Geschäft		
Tel. Geschäft		
E-Mail		

Tarife schulergänzende Betreuung

Modul	Kosten pro Kind / Tag	Bemerkung
Mittagstisch 11.30 – 13.30h	Fr. 15.00	Mittagessen mit Betreuung
Nachmittagsbetreuung 13.30h – 18.00h	Fr. 40.00	Betreuung mit Zvieri
Nachmittagsbetreuung 15.00h – 18.00h	Fr. 30.00	Betreuung mit Zvieri

Gewünschte Betreuungszeit (bitte ankreuzen)

	Mittagsbetreuung 11.3h – 13.30h	Nachmittagsbetreuung 13.30h – 18.00h	Nachmittagsbetreuung 15.00h – 18.00h
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Wir nehmen zur Kenntnis, dass der Versicherungsschutz des Kindes demjenigen entspricht, welcher während der Schulzeit gilt.

Ich nehme das Reglement zur Kenntnis und bin damit einverstanden.

Ort / Datum:

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

.....

.....