**Anmeldung Schulergänzende Betreuung Kaltbrunn**

Bitte füllen Sie für jedes Kind ein separates Anmeldeformular aus.

**Kind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Lehrperson bei Eintritt: |  |  |  |
| Klasse / Schulhaus  bei Eintritt: |  |  |  |

**Personalien der Erziehungsberechtigten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Erziehungsberechtigte(r) 1 | Erziehungsberechtigte(r) 2 |
| Name/Vorname: |  |  |
| Strasse: |  |  |
| PLZ/Wohnort: |  |  |
| Wohngemeinde: |  |  |
| Telefon/Mobile: |  |  |
| E-Mail: |  |  |

**Unser Kind besucht die Betreuung wie folgt:**

|  |
| --- |
| Eintrittsdatum: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte ankreuzen:** | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| Modul A (Morgenbetreuung inkl. Frühstück) |  |  |  |  |  |
| Modul B (Mittagsbetreuung inkl. Mittagessen) |  |  |  |  |  |
| Modul C (Nachmittagsbetreuung früh) |  |  |  |  |  |
| Modul D (Nachmittagsbetreuung spät inkl. Zvieri) |  |  |  |  |  |

**Hinweis:**

* Die Zeiten der Module entnehmen Sie bitte dem Tarifreglement für Erziehungsberechtigte, Schulergänzende Betreuung Kaltbrunn.
* Kinder, welche den ersten Kindergarten besuchen und das Angebot der Schulergänzenden Betreuung in Anspruch nehmen, müssen zur ersten Unterrichtsstunde erscheinen.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die Betreuung erfolgt unregelmässig nach Arbeitsplan.  Bitte beachten Sie dazu das Betriebsreglement Punkt 5.5 |

|  |  |
| --- | --- |
| Wir machen Gebrauch von den subventionierten Tarifen und sind damit einverstanden, dass das Steueramt Kaltbrunn resp. das Steueramt Benken die Tarifstufe an Tagesfamilien Linthgebiet mitteilt. |  |
| Wir sind in der höchsten Tarifstufe.  Tagesfamilien Linthgebiet erhält keine Informationen vom Steueramt. |  |

Diese Anmeldung gilt als Vertrag. Integrierende Bestandteile sind:

* Betriebsreglement Schulergänzende Betreuung Kaltbrunn
* Tarifreglement Schulergänzende Betreuung Kaltbrunn
* Kinderinformationen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

* die definitive und kostenpflichtige Anmeldung
* die Kenntnisnahme der integrierenden Bestandteile dieser Anmeldung
* für mein Kind eine private Unfall- und Haftpflichtversicherung zu haben

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 1: ......................................................................................

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 2: ......................................................................................

*Dieses Formular ist bis spätestens* ***31. Mai*** *(für das 1. Semester), oder* ***30. November*** *(für das 2. Semester) zu senden an:*

*Tagesfamilien Linthgebiet, Leiterin Angebote, Brigitte Zahner, Rietstrasse 4, 8718 Schänis*

*Tel: 079 526 25 13 / E-Mail: brigitte.zahner@tagesfamilien-linthgebiet.ch*

**Kinderinformationen** (durch Erziehungsberechtigte auszufüllen)

Bitte füllen Sie für jedes Kind ein separates Formular aus.

**Kind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| PLZ/Ort |  |  |  |
| Krankenkasse |  | Unfallversicherung |  |

**Personalien der Erziehungsberechtigten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Erziehungsberechtigte(r) 1 | Erziehungsberechtigte(r) 2 |
| Name/Vorname: |  |  |
| Strasse: |  |  |
| PLZ/Wohnort: |  |  |
| Wohngemeinde: |  |  |
| Telefon/Mobile: |  |  |
| Telefon Geschäft: |  |  |
| E-Mail: |  |  |

**Kontaktpersonen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kindergarten |  | Tel. |  |
| Schule |  | Tel. |  |
| Klassenlehrperson |  | Tel. |  |
| Hausarzt/Kinderarzt |  | Tel. |  |
|  |  |  |  |
| Notfallkontakt |  | Tel. |  |
|  |  |  |  |
| Medikamenten-einnahme während der Betreuung? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Allergien (Nahrungsmittel, Medikamente, Tiere etc.) | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**Unverträglichkeiten/Besonderes betreffend der Mahlzeiten** (bitte ankreuzen und/oder ergänzen)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mein Kind verträgt nur glutenfreies Essen |
|  | Mein Kind hat eine Laktoseintoleranz |
|  | Mein Kind darf kein Schweinefleisch essen |
|  |  |

**Diverses**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mein Kind geht nach der Betreuung alleine nach Hause |
|  | Mein Kind wird abgeholt von: |
|  | Mein Kind verlässt das Modul C resp. das Modul D an folgenden Wochentagen immer früher um       Uhr.  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag |
|  | Wir erlauben die Verwendung von Fotos meines/unseres Kindes für interne Zwecke (z.B. Geburtstagskalender, Wanddekoration) |

Änderungen sind umgehend der Leitung mitzuteilen.

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 1: ................................................................................

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 2: ...............................................................................

*Dieses Formular ist bis spätestens* ***31. Mai*** *(für das 1. Semester), oder* ***30. November*** *(für das 2. Semester) zu senden an:*

*Tagesfamilien Linthgebiet, Leiterin Angebote, Brigitte Zahner, Rietstrasse 4, 8718 Schänis*

*Tel: 079 526 25 13 / E-Mail: brigitte.zahner@tagesfamilien-linthgebiet.ch*