

Anmeldung für die Ausserschulische Betreuung (ASB) für das Schuljahr 2021/2022

Bitte füllen Sie alle Felder aus

Kind

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Schulklasse: _____ Klassenlehrerin/-lehrer: _____

Gewünschte Module

Betreuungsbeginn: Ab Schulstart Anderes Datum: _____

Modul		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vorschul	07.00-08.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vormittag	08.00-11.40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittag	11.40-13.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittag	13.30-15.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Schulschluss	15.10-18.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschwister, die eine andere familienergänzende Einrichtung der Gemeinde besuchen

Name, Vorname, Institution (Spielgruppe, Kita, Tageseltern)

Ich/wir habe/n die Einschreibgebühr schon einmal bezahlt.

Berechnung der Gebühren

Ich/wir bin/sind einverstanden, dass die Steuerveranlagung von der Leitung ASB für die Berechnung der Tarife direkt auf der Gemeindekasse eingesehen werden darf.

Ich/wir lege/n unsere **letzte Veranlagungsanzeige** der Steuern mit dieser Anmeldung bei.

Ich/wir verzichte/n auf die Deklaration des Einkommens und bezahle/n den Maximaltarif.

Hinweise

- An Feiertagen oder schulfreien Tagen (z.B. Brücken) werden keine Angebote der Ausserschulischen Betreuung durchgeführt.
- **Vorbehalt:** Die Ausserschulische Betreuung behält sich das Recht vor, bei zu wenigen Anmeldungen das entsprechende Modul nicht durchzuführen.
- Dieses Formular dient der Anmeldung. Sie erhalten anschliessend das Vertragsdokument. Das Anmeldeformular wird mit Unterzeichnung der Vertragsurkunde integrierter Bestandteil des Vertragsdokuments.

Ich/wir haben/n von den Bedingungen der Ausserschulische Betreuung „ASB“, vom „Gemeindereglement und den Ausführungsbestimmungen über die Ausserschulische Betreuung „ASB“ Kenntnis genommen. Ich/wir akzeptiere/n alle Modalitäten und bestätige/n die Richtigkeit der erteilten Auskünfte.

Ort/Datum: _____

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Ausserschulische Betreuung Wünnewil-Flamatt Notfall- und Informationsblatt

Kind

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ / Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: Mädchen Knabe

Persönliche Angaben

Muttersprache: _____ Gesprochene Sprachen: _____
Nationalität: _____ Konfession: _____
Kranken- und Unfallversicherung: _____
Haftpflichtversicherung: _____
Kinderarzt (Name, Ort, Telefonnummer): _____
Zahnarzt (Name, Ort, Telefonnummer): _____
Allergien: _____
Essgewohnheiten: hat eine Lebensmittelallergie – siehe oben
 kein Fleisch kein Schweinefleisch
Regelmässige Medikamente: _____
Notfallmedikamente: Diabetes Bienen- oder andere Insektenstiche
 Lebensmittelallergie andere _____
Besonderheiten: _____

Genehmigungen

Nach der ASB:

- mein/unser Kind geht alleine nach Hause (Uhrzeit der Betreuung schriftlich mitteilen)
 - ich/wir holen unser Kind ab
 - mein/unser Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden (Name und Telefonnummer)
-

Fotos:

Mein/unser Kind darf auf Fotos erscheinen, die im Rahmen von Aktivitäten der ASB aufgenommen werden und exklusiv zu internen Zwecken genutzt werden. ja nein

Ich/wir bin/sind einverstanden, wenn die von meinem/unserem Kind in der ASB gemachten Fotos ohne Namen für Homepage, Zeitungsartikel weiterverwendet werden. ja nein

Zusammenarbeit ASB-Schule:

Ich/wir bin/sind einverstanden, wenn die ASB und die Schule bei Bedarf Informationen austauschen.

Betreuung vor der Schule am Nachmittag:

Mein/unser Kind darf bereits um 13.10 Uhr unbetreut auf den Pausenplatz gehen. ja nein

Erziehungsberechtigte**Elternteil** **Elternteil oder** **Konkubinats Partner seit:** _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon Geschäft: _____

Nationalität: _____

Zivilstand: _____

Erziehungsberechtigte Person: _____

Telefonnummer für Notfälle: _____

Diese Angaben werden vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, uns Änderungen zu den oben gemachten Angaben sofort mitzuteilen.

Ort/Datum:

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten
