

## Anmeldung für die Ausserschulische Betreuung (ASB) für das Schuljahr 2022/2023

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. (Ist nur möglich für Einwohner der Gemeinde Wünnewil-Flamatt, die sich vor dem 01.01.2021 angemeldet haben).

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_