



**Schul- und familienergänzende Tagesstrukturen
Anmeldung für das Schuljahr 2018/19
Betreuung während der Schulwochen**

Kind

Mädchen

Knabe

Vorname

Name

Geburtsdatum

Schule

Schulklasse im Schuljahr 2018/19

Schulhaus / Kindergarten

Klassenlehrperson im Schuljahr 2018/19

weitere Angaben

Adresse

PLZ, Ort

Telefonnummer Privat

E-Mail Erziehungsberechtigte

Erziehungsberechtigte Personen

Vornamen / Namen

bei getrennt lebenden Elternteilen

Kind wohnt bei Mutter

Kind wohnt bei Vater

Telefonische Erreichbarkeit während der Betreuungszeit (Notfallkontakt)

(mindestens zwei Telefonnummern)

	Telefon	Name	Bezug zum Kind
1.			
2.			
3.			

Besondere Hinweise zum Kind

Hausarzt (Name, Ort und Telefon)

religiöse Vorschriften, Allergien

Krankheiten und wichtige Bemerkungen

Bei Bedarf werden für eine Erstbehandlung folgende Salben angewendet: Fenistil, Bepanthen, Wallwurz-Gel. Teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie damit **nicht** einverstanden sind.

Weitere Medikamente werden nur auf schriftliche Anweisung der Eltern abgegeben. Bei rezeptpflichtigen Medikamenten wird zusätzlich ein ärztliches Rezept benötigt.

Kind

Name / Vorname _____

Gewünschtes Betreuungsangebot während der Schulwochen

Modul	Zeit	MO	DI	MI	DO	FR
I Ankunft	07.00 - 08.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II Mittagsbetreuung	11.45 - 13.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III Frühnachmittags- betreuung	13.30 - 15.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV Spätnachmittags- betreuung	15.30 - 18.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitäten während der Betreuungszeit (wie Musikschule, Sporttraining)

Wochentag _____ Zeit _____ Ort _____

Abweichende Zeiten (Kosten werden für ganzes Modul verrechnet)

Wochentag _____ Schule erst um 14.35 Uhr_____ Schule bis 16:25 Uhr

Nur jede zweite Woche (Stundenplan und Daten beilegen)

Wochentag _____ Modul _____ Gruppe _____

Für die Festlegung der Tarifstufe brauchen wir eine Kopie der letzten rechtskräftigen Steueran-
 lage. Bei fehlenden Angaben werden wir die entsprechenden Informationen beim Steueramt
 einholen (wird selbstverständlich vertraulich behandelt).

Steuerbares Einkommen gem. letzter rechtskräftiger Steueranlagung CHF _____

Die detaillierten Elterninformationen für die Tagesstrukturen sind Bestandteil der Anmeldung.
 Diese sind unter www.ebikon.ch/schule-ebikon/angebote/betreuungsangebote zu finden und
 werden auch mit der Bestätigung der Anmeldung zugestellt.

Ort und Datum _____

Unterschrift erziehungsberechtigte Person _____

Dieses Anmeldeformular ist bis am **Freitag, 22.06.2018** zu senden an:

Rektorat, Schulhausstrasse 22, 6030 Ebikon, Tel. 041 444 36 60, rektorat@schule-ebikon.ch

Bitte frei lassen, wird durch das Rektorat ausgefüllt!

Betreuungstreff _____

Bemerkungen _____

Tarifstufe _____

Geschwisterrabatt nein ja 20 %

Bestätigt durch _____