

**Schul- und familienergänzende Tagesstrukturen
Anmeldung für das Schuljahr 2024/25
Betreuung während der Schulwochen**

Kind

Mädchen

Knabe

Name/Vorname

Geburtsdatum

Schule/Kindergarten 2024/25

Klasse und Schulhaus/Kindergarten

Klassenlehrperson im neuen Schuljahr

Angaben Erziehungsberechtigte

Mutter

Name/Vorname

Adresse

Telefon Mobile

E-Mail-Adresse

Vater

Name/Vorname

Adresse

Telefon Mobile

E-Mail-Adresse

Bei getrenntlebenden Elternteilen

Kind wohnt bei der Mutter

Kind wohnt beim Vater

Erreichbarkeit während der Betreuungszeit/Notfallkontakt (mindestens zwei Kontakte)

Mutter Mobile (gemäss Angaben oben)

Vater Mobile (gemäss Angaben oben)

andere (z.B. Geschäft, Grosseltern, Nachbarn)

Name und Bezug zum Kind

Telefonnummer

Besondere Hinweise zum Kind

Besondere Hinweise z.B. zur Ernährung

Krankheiten/Allergien

Wichtige Bemerkungen

Bei Bedarf werden für eine Erstbehandlung folgende Salben angewendet: Fenistil und Bepanthen. 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

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"/> nur ganzer Nachmittag möglich	<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"/>

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 wird eine Kopie der letzten rechtskräftigen Steuerveranlagung benötigt. Bei fehlenden Angaben können wir dies beim Steueramt erfragen (wird vertraulich behandelt). Der/die Unterzeichnende stimmt vorbehaltlos zu, dass Steuern Ebikon der Volksschule Ebikon die notwendige Steuerauskunft erteilen darf.

Steuerbares Einkommen gem. letzter rechtskräftiger Steuerveranlagung CHF _____

Die Elterninformationen über die Tagesstrukturen sind Bestandteil der Anmeldung. Diese sind unter <https://www.schule-ebikon.ch/topics/angebote/betreuungsangebote-tagesstrukturen> zu finden. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Informationen gelesen zu haben.

Ort und Datum _____

Unterschrift erziehungsberechtigte Person _____

Dieses Anmeldeformular ist bis am **Montag, 17. Juni 2024** 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 _____