

# Anmeldeformular

**Personalien des Kindes** (bitte für jedes Kind ein separates Formular ausfüllen)

Mädchen  Knabe

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ/Ort	

**Personalien der Erziehungsberechtigten**

Eltern	Mutter oder Erziehungsberechtigte/r	Vater oder Erziehungsberechtigte/r
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
Telefon		
Mobile		
E-Mail		
Geschäft		
Telefon Geschäft		

**Notfalladressen**

	Name, Ort	Telefon
Hausarzt / Kinderarzt		
Falls Eltern nicht erreichbar, Notfallkontakt		



**Betreuungszeiten** (regelmässiger und wöchentlicher Betreuungsumfang)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ganztagesbetreuung 06.30 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbtagesbetreuung <u>ohne</u> Mittagessen 50%					
06.30 – 11.45 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.00 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbtagesbetreuung <u>mit</u> Mittagessen 70%					
06.30 – 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.45 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Betreuungstag am (Datum)					

**Gesundheitsfragen**

Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Muss Ihr Kind während der Betreuungszeit Medikamente einnehmen?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:
Hat Ihr Kind eine Nahrungsmittelun- verträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:

\* (Notfall-)Medikamente müssen am 1. Betreuungstag in der Kita abgegeben werden.

**Abholen**

Mein Kind wird von einem Erziehungsberechtigten abgeholt.

Mein Kind wird durch folgende Person abgeholt:

Name	
Telefon	



### Rechnungsadresse

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	

### Bestätigung

Die Tage, die in diesem Vertrag gebucht werden, sind verbindlich und kostenpflichtig.

Diese Anmeldung ist verbindlich.

Die Eltern sind in Notfällen mit der Behandlung durch den Kitaarzt einverstanden.

Die Eltern haben das Betriebsreglement gelesen und sind damit einverstanden.

Wir bitten Sie, sich die Anmeldung/den Betreuungsvertrag selber zu kopieren und aufzubewahren.

Wir bestätigen hiermit, dass unser Kind gegen Unfall und Haftpflicht versichert ist.

Wir bestätigen die Richtigkeit der obig genannten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

.....

.....

### Adresse

Kindertagesstätte Zingge

Zinggestrass 5

8460 Marthalen

kita@primarschule-marthalen.ch

Telefon 052 301 40 38