

5.2 Anmeldung Kinder-Zentrum

☐ 1. Semester ☐ 2. Semester ☐ ab (Datum): _____

Persönliche Angaben des Kindes:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Lehrer/in:

Erziehungsberechtigte:

Namen/Vornamen:	
Adresse:	
Telefon:	
Mobil:	Mail:

Geschäftsnummer für Notfälle:

Mutter:
Vater:

Hausarzt: (Bei Notfällen wird der nächste verfügbare Arzt konsultiert.)

--

Mein Kind erscheint regelmässig: (Das Kind muss bei Nichterscheinen spätestens bis 18.00 Uhr am Vorabend abgemeldet werden! Auch bei Schulreisen, Exkursionen etc.)

Zeiten	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Mittagstisch 11.30 – 13.30 Uhr					
13.30 -18.00 Uhr		*	*		
15.00 -18.00 Uhr		*	*		
stundenweise (bitte Zeiten eintragen)		*	*		

*** Momentan findet am Dienstag- und Mittwochnachmittag keine Betreuung statt, wenn wir genügend Anmeldun-gen hätten, könnten wir den Mittwochnachmittag zusätzlich anbieten.**

Bemerkungen:

Besondere Angaben über Ihr Kind, die für die BetreuerInnen wichtig sind (Allergien, Vegetarier usw.):

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Betriebsordnung einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Auskunft/Anmeldungen:

Kinder-Zentrum der Primarschule Steckborn
Hubstrasse 7, 8266 Steckborn
077 415 46 20
kinder-zentrum@schule-steckborn.ch
www.schule-steckborn.ch