



Notfallbetreuung

Personalien Ihres Kindes

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Klasse: _____ Gruppe: _____ Lehrperson: _____

Datum

von: _____ bis: _____

Betreuungsart und Angabe der Module

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Frühbetreuung 07.00 - 08.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Ganzer Morgen 08.00 – 12.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Mittagessen 12.00 - 13.30 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Halber Nachmittag 1 13.30 – 15.30 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Halber Nachmittag 2 15.00 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Halber Nachmittag 3 16.00 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
Ganzer Nachmittag 13.30 – 18.00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
1 Lektion a 45min	von bis				

Bemerkungen / wichtige Informationen



Personalien der Erziehungsberechtigten / Eltern bzw. Rechnungsadresse

Mutter: Rechnungsadresse
Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Ort: _____
Natel: _____ Arbeit: _____ Privat: _____
E-Mail: _____

Vater: Rechnungsadresse
Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Ort: _____
Natel: _____ Tel. Arbeit: _____ Tel. Privat: _____
E-Mail: _____

Preise und weitere Informationen finden Sie in unserem Betriebsreglement

Stundenplan beigelegt?

Dieses Dokument ist verbindlich. Es wird kein weiteres Dokument erstellt. Die Betreuung kann sofortig gewährleistet werden. Die Abrechnung erfolgt über die Finanzverwaltung Birr.

Birr, _____

der/die Erziehungsberechtigte

für die Tagesstrukturen