



## Anmeldung Tagesschule

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Klasse Schuljahr:	
Besonderes: (Vegetarier, Allergien, chronische Krankheiten, kein Schweinefleisch, etc.)			

Wir melden unser Kind für folgende Module an:

Modul	Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
1 A	07.15 – 07.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 B	07.30 – 08.15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 A	12.00 – 12.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 B	12.50 – 13.40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 A	13.40 – 14.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 B	14.30 – 15.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 C	15.30 – 16.20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 D	16.20 – 17.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir sind damit einverstanden, dass die Einwohnergemeinde (Finanzabteilung) Pieterlen bei der Steuerbehörde Auskunft über unsere Steuerdaten (Steuererklärung oder Veranlagungsverfügung) einholen kann.

Mit der Unterschrift bestätigen die Eltern/Erziehungsberechtigten die verbindliche Anmeldung für das ganze Schuljahr 2021/22 (siehe Verordnung).

Ort / Datum:

Unterschrift der Eltern:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anmeldefrist: 09. Juni 2021**

Verspätete Anmeldungen werden auf eine Warteliste gesetzt.



**Personalblatt Kind**

**Schuljahr:** \_\_\_\_\_

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Klasse:	
Adresse:		Wohnort:	

**Kommunikation**

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Übersetzung nötig: ja  nein

Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Telefonnummern**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

**Abholberechtigte Personen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente**

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja  nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien? ja  nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Eltern, Erziehungsberechtigte