

Schule Vechigen

Kernstrasse 1

3067 Boll

**Anmeldung Ferienbetreuungs-Angebot 2025**

**Bitte bis spätestens zwei Monate vor Beginn des jeweiligen Angebotes einreichen**

Ich / Wir melden unser/e Kind/er wie folgt für das Ferienbetreuungsangebot 2025 gemäss Art. 6 Abs. 5 und Art. 7 Abs. 6 der Tagesschulverordnung der Gemeinde Vechigen vom 4. März 2010 an:

Personalien der Kinder, welche für ein Betreuungsangebot angemeldet werden:

Name Vorname Klasse Schulhaus

1.

2.

3.

Bitte die gewünschten Betreuungseinheiten ankreuzen:

**Frühlingsferien 2025: 1. Ferienwoche: 7., 8. + 10. April 2025 Anmeldung bis 07.02.2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 08.00 – 09.00 Uhr | 09.00 – 17.00 Uhr(Blockzeit) | 17.00 – 18.00 Uhr |
| Montag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Dienstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Donnerstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Sommerferien 2025: 1. Ferienwoche: 7., 8. + 10. Juli 2025 Anmeldung bis 09.05.2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 08.00 – 09.00 Uhr | 09.00 – 17.00 Uhr(Blockzeit) | 17.00 – 18.00 Uhr |
| Montag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Dienstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Donnerstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Sommerferien 2025: 5. Ferienwoche: 4., 5. + 07. August 2025 Anmeldung bis 06.06.2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 08.00 – 09.00 Uhr | 09.00 – 17.00 Uhr(Blockzeit) | 17.00 – 18.00 Uhr |
| Montag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Dienstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Donnerstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Herbstferien 2025: 3. Ferienwoche: 6., 7. + 9. Oktober 2025 Anmeldung bis 08.08.2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 08.00 – 09.00 Uhr | 09.00 – 17.00 Uhr(Blockzeit) | 17.00 – 18.00 Uhr |
| Montag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Dienstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Donnerstag | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Kosten: CHF 50.00 pro Kind und Tag (inkl. Mahlzeiten und kleineren Ausflügen)**

Die genannten Elternbeiträge sind vor Beginn des Angebotes einzuzahlen. Die entsprechende Rechnung wird Ihnen rechtzeitig zugestellt werden.

Ich bestätige die Anmeldung:

Ort und Datum: Name/Vorname:

|  |  |
| --- | --- |
| **Notfallblatt** | Bitte teilen Sie Änderungen umgehend der Klassenlehrperson mit |
| Name/ Vorname des Kindes |       |
| Geburtsdatum |       |
| Adresse |       |
| Telefon privat |       |
| Telefon Geschäft | Mutter       Vater       |
| Mobiltelefon | Mutter       Vater       |
| Name: Haus- oder Kinderarzt |       |
| Adresse Arzt |       |
| Telefon Arzt |       |
| Name Zahnarzt |       |
| Adresse Zahnarzt: |       |
| Telefon Zahnarzt |       |
| Hat ihr Kind gesundheitliche Probleme? |       |
| Zum Beisp. Allergien, Diabetes, Epilepsie, Asthama, etc. |       |
| Benötigt Ihr Kind deswegen bestimmte Medikamente?Wenn ja, bitte Medikament angeben. |       |
| Datum letzter Starrkrampf- Impfung? (Di-Te\_Per) |       |
| Darf die Schule dem Kind ein Schmerzmittel abgeben? (In Notfällen) |       |