Verein «Kinderbetreuung in Appenzell»

Gaiserstrasse 17 9050 Appenzell Telefon 071 787 46 66 info@chinderhort.ch www.chinderhort.ch



Anmeldeformular für die Kinderbetreuung

(pro Kind ein Formular)

| Kind | | Geplanter F | Geplanter Eintritt | | | | |
|--|-------------------------|-------------|----------------------------|--|--|--|--|
| Vorname | | | | | | | |
| Name | | | | | | | |
| Geburtsdatur | n | | | | | | |
| Geschlecht | □ weiblich □ m | ännlich | | | | | |
| Adresse | | | | | | | |
| PLZ Ort | | | | | | | |
| Sprache | | | | | | | |
| Nationalität | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Gesetzliche Vertretung 1 | | Gesetzliche | Gesetzliche Vertretung 2 | | | | |
| Vorname | - | Vorname | | | | | |
| Name | | Name | | | | | |
| Adresse | | Adresse | | | | | |
| PLZ Ort | | PLZ Ort | | | | | |
| Telefon | | Telefon | | | | | |
| Mobile | | Mobile | | | | | |
| E-Mail | | E-Mail | | | | | |
| | □ auf Verteiler aufnehr | nen* | □ auf Verteiler aufnehmen* | | | | |
| Arbeitgeber | | Arbeitgeber | | | | | |
| | | | | | | | |
| On the second of the second of the second bitter winds to second fellows | | | | | | | |

| Gewünschter Zeitraum ankreuzen, Mittagessen bitte nicht vergessen (falls gewünscht): | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|--|--|
| Zeitraum | МО | DI | МІ | DO | FR | | |
| Ganzer Tag (07.00 bis 18.00 Uhr) | | | | | | | |
| Vormittag ohne Essen (07.00 bis 12.00 Uhr) | | | | | | | |
| Vormittag mit Essen (07.00 bis 13.30 Uhr) | | | | | | | |
| Nachmittag ohne Essen (13.30 bis 18.00 Uhr) | | | | | | | |
| Nachmittag mit Essen (11.30 bis 18.00 Uhr) | | | | | | | |
| nur Mittagessen (11.30 bis 13.30 Uhr) | | | | | | | |

^{*} Einmal im Monat sendet die Hortleitung eine E-Mail an die Eltern. Neben der Übermittlung der Rechnung für den vergangenen Monat wird die Nachricht auch genutzt, um wichtige Informationen aus dem Hort zu teilen.

| Medizinische S | Situation des Kindes | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--|
| Vorname | | | |
| Name | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Hausarzt | | | |
| Telefon Hausar | zt | | |
| Unfallversicheru | ıng | | |
| Krankenkasse | | | |
| | | | |
| In Notfällen sir | nd anzurufen | | |
| Vorname Name | | Telefon/Mobil | e |
| Vorname Name | | Telefon/Mobil | |
| Vorname Name | | Telefon/Mobil | |
| werden streng ve | ertraulich behandelt. | | en aus diesem Formular |
| | ir uns selbst um ärztliche | | |
| ☐ Ja, ich/wii | r sind einverstanden. | ☐ Nein, id | ch/wir sind nicht einverstanden. |
| 2. Hat das Kind | allergische Reaktionen? | | |
| □ Nein | | ☐ Ja, in f | olgenden Fällen: |
| 3. Besonderheite | en: | | |
| 4. Sind Sie dami veröffentlicht v | | n Ihrem Kind Fotos für f | olgende Zwecke gemacht und |
| □ Ja | □ Zeitungsartikel | □ Soziale Medi | ien 🗆 Homepage |
| □ Nein | | | |
| Wichtig: Bitte le | egen Sie eine Kopie des I | mpfausweises Ihres Kir | ndes bei. |
| | rift erklären Sie sich dami ben angegebenen persöl | | er Verein «Kinderbetreuung in und verarbeitet. |
| Datum | Unterschrift gesetzl. Ve | ertretung 1 Uı | nterschrift gesetzl. Vertretung 2 |
| | | | |
| Datum | Unterschrift Hortleitung | 9 | |
| | | | |