



Betreuungsvereinbarung Farfallina

Eintritt / Mutation

w ☐ m ☐

Name / Vorname des Kindes

Geboren am

Name / Vorname der Erziehungsberechtigten

Strasse

Plz

Ort

E-Mail Mutter

Tel Mutter

Tel Geschäft Mutter

E-Mail Vater

Tel Vater

Tel Geschäft Vater

Gewünschtes Angebot bitte ankreuzen (Zeiten, Kosten und weitere Details siehe Reglement)

Angebot		Tarif						
		pro Monat	Mo	Di	Mi	Do		Fr
Frühbetreuung	(07.00 - 08.00 Uhr)	84						
Vormittag	(08.00 - 11.45 Uhr)	195						
Mittagessen	(11.45 - 13.00 Uhr)	91						
Nachmittag	(13.00 - 18.30 Uhr)	279						
ganzer Tag	(07.00 - 18.30 Uhr)	495						
Spielgruppe	(08.00 - 11.45 Uhr)	195						
Waldspielgruppe	(08.00 - 11.45 Uhr)	195						

Summe

Zuschlag für Kinder bis 18 Monate (20%)

Geschwister-Rabatt (2. Kind 25%, 3. Kind 33%)

Monatspauschale in CHF

Kinderarzt/-ärztin, Ort, Tel Praxis

Bemerkungen (z.B. Medikamente, Allergien usw.)

Wir erklären uns mit dem Reglement einverstanden. Das ausgefüllte Notfallblatt liegt der Betreuungsvereinbarung bei.

Ort / Datum

Unterschrift/en Erziehungsberechtigte/r

Ort / Datum

Unterschrift Farfallina

Wir haben sämtliche Angaben über das Kind erhalten und nehmen das Kind gerne in die Kindertagesbetreuung auf.

Schafisheim,

Datum

Unterschrift Schulleitung / Leitung Farfallina