Betreuungsvereinbarung Farfallina

..... **Eintritt per / Mutation ab**

.... w ☐ m ☐
Name / Vorname **Kind** Geboren am

....
Name/Vorname **Sorgeberechtigte/r 1** (Rechnungsempfänger) Name/Vorname **Sorgeberechtigte/r 2**

....
E-Mail E-Mail

....
Tel Privat / Tel Geschäft Tel Privat / Tel Geschäft

.....
Adresse

.....
Kinderarzt/-ärztin, Ort, Tel Praxis

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

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 _____

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

....
Ort / Datum Unterschrift/en Sorgeberechtigte/r

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

Schafisheim, ...
Datum Unterschrift Leitung Farfallina

Schafisheim, ...
Datum Unterschrift Schulleitung