



# KITA spielchishte

## ANMELDEFORMULAR Hort / Zaubertopf

### Angaben zum Kind

|                 |       |               |       |
|-----------------|-------|---------------|-------|
| Vorname:        | _____ | Name:         | _____ |
| Geschlecht:     | _____ | Geburtsdatum: | _____ |
| Eintrittsdatum: | _____ |               |       |
| Hausarzt:       | _____ | Ort:          | _____ |
| Tel. Hausarzt:  | _____ | Krankenkasse: | _____ |
| Allergien:      | _____ | Haftpflcht    | _____ |
| Sonstiges:      | _____ | Unfall        | _____ |

### Angaben zu den Eltern

#### Elternteil 1

|                  |       |               |       |
|------------------|-------|---------------|-------|
| Vorname:         | _____ | Name:         | _____ |
| Strasse Nr.:     | _____ | PLZ Ort:      | _____ |
| E-Mail-Adresse:  | _____ | Mobilnummer   | _____ |
| Tel. Nr. privat_ | _____ | geschäftlich: | _____ |
| Nationalität:    | _____ | Beruf         | _____ |

#### Elternteil 2

Gleiche Adresse wie Elternteil 1 ☐ ja ☐ nein

|                  |       |               |       |
|------------------|-------|---------------|-------|
| Vorname:         | _____ | Name:         | _____ |
| Strasse Nr.:     | _____ | PLZ Ort:      | _____ |
| E-Mail-Adresse:  | _____ | Mobilnummer   | _____ |
| Tel. Nr. privat: | _____ | geschäftlich: | _____ |
| Nationalität:    | _____ | Beruf         | _____ |

## Rechnungsanschrift

Gleiche Adresse wie ☐ Elternteil 1 ☐ Elternteil 2 ☐ andere

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

## Notfallkontakt

(bei Nicht-Erreichen der Eltern)

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Verhältnis: \_\_\_\_\_

## Wir melden unser Kind für folgende Betreuungsmodule an:

### Montag

☐ Modul 1

☐ Modul 2

☐ Modul 3

### Dienstag

☐ Modul 1

☐ Modul 2

☐ Modul 3

### Mittwoch

☐ Modul 1

☐ Modul 2

☐ Modul 3

### Donnerstag

☐ Modul 1

☐ Modul 2

☐ Modul 3

### Freitag

☐ Modul 1

☐ Modul 2

☐ Modul 3

☐ **Fahrdienst**

## Preise

Modul 1: 11:45-13:30 CHF 16.00 / Tag

Modul 2: 13:30-18:30 CHF 38.00 / Tag

Modul 3: 15:00-18:30 CHF 25.00 / Tag

Fahrdienst CHF 7.50

ganzer Zusatztag CHF 110.00 / Tag

halber Zusatztag CHF 60.00 / Tag  
(inkl. Essen CHF 75.00)

Einzelstunde CHF 11.00

Die Kosten werden in einer Monatspauschale mit dem Faktor 4.0 verrechnet.

Monatspauschale = (Summe aller gebuchten Module pro Woche) x 4

Sind Sie einverstanden, dass – falls wir im Notfall alle angegebenen Personen nicht erreichen – wir uns selbst um ärztliche Betreuung bemühen und Sie die Kosten übernehmen?

☐ ja, ich/wir sind einverstanden

☐ nein, ich/wir sind nicht einverstanden

Falls *nein*, gewünschtes Vorgehen:

---

---

Gibt es bei Ihrem Kind gesundheitliche Auffälligkeiten?

☐ nein

☐ ja

Wenn *ja*, welche?

---

---

Sonstige Auffälligkeiten oder Besonderheiten:

---

---

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und Sie mit den geltenden Tarifen und der Anmeldegebühr von CHF 200.- einverstanden sind und die Betreuungsvereinbarung 05/2025 akzeptieren.

Ort

Datum

---

---

Unterschrift Elternteil 1

Unterschrift Elternteil 2