

Anmeldung
zur schulischen Nachmittagsbetreuung im Schuljahr 2024/25

Name des Kindes: _____

Sozialversicherungsnummer / Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (bitte 2 Nummern angeben): _____

Email: _____ Klasse: _____

Ich, _____ melde mein Kind **verbindlich** an folgenden Tagen zur schulischen Nachmittagsbetreuung an (bitte ankreuzen):

Betreuungsende	MO	DI	MI	DO	FR
14:00 Uhr					<input type="checkbox"/>
15:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ihr Kind wird mit dem Betreuungsende aus der schulischen Nachmittagsbetreuung entlassen.

Die Bezahlung der Betreuung und des Essens erfolgt über einen **Einziehungsauftrag**.

IBAN: _____ BIC: _____

Allergie gegen: _____

Ich habe das Informationsblatt zur schulischen Nachmittagsbetreuung zur Kenntnis genommen.

Irrsdorf, am _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten