

Betreuungsangebot in der Ernst-Leitz-Schule

1. Erziehungsberechtigte/r

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Tel. privat:	Handy:
Email:	

2. Zahlungspflichtige/r (nur falls von Nr. 1 abweicht)

Name:

3. Ich melde mein Kind verbindlich zum Betreuungsangebot der Grundschule an: (Kann zum Ende des Schuljahres schriftlich gekündigt werden)

Name	Vorname	Klasse	
			Verlässliche Grundschule 07.30 Uhr bis 08.50 Uhr 12.20 Uhr bis 14.00 Uhr Kosten nach Gebührenordnung.
oder			
			Flexible Nachmittagsbetreuung 07.30 Uhr bis 08.50 Uhr 12.20 Uhr bis 16.00 Uhr Kosten nach Gebührenordnung.

Ich wünsche eine „flexible Nachmittagsbetreuung“ an folgenden Wochentagen:

Montag:	Dienstag:	Mittwoch:	Donnerstag:	Freitag:
---------	-----------	-----------	-------------	----------

Mittagessen ist bei beiden Angeboten möglich: (bitte ankreuzen) Kosten nach Gebührenordnung	JA:	NEIN:
---	-----	-------

Anmeldung (Datum): _____

4. Lastschrifteinzugsverfahren

Ich erteile Abbuchungsermächtigung für mein/unser Konto:
IBAN _____
BIC _____
Name des Kontoinhabers: _____

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Verlässliche Grundschule der Stadt Sulzburg „Kernzeitbetreuung“



Abholberechtigung

Name des Kindes _____

Adresse _____

Telefon _____

Notfallnummer _____

Notfallnummer _____

- Unser Kind darf selbstständig nach Hause gehen
 Unser Kind darf selbstständig mit dem Bus nach Hause fahren
 Unser Kind wird abgeholt

- Bitte ankreuzen -

von folgenden Personen: _____

Bitte Namen u. Telefonnummer eintragen-

Sollte Ihr Kind außerhalb der Regel früher aus der Kerni gehen dürfen muss dies schriftlich (bitte geben Sie Ihrem Kind den Zettel mit Unterschrift mit) oder telefonisch bei Frau Sütterlin (Tel: 07634 592632 12:00 Uhr – 14:00) mitgeteilt werden.

Diese schriftlichen Vereinbarungen sind für beide Seiten verbindlich und können nur schriftliche geändert werden.

Notfallsituation

Diese Angaben sind nur zur Information bei Notfällen.

Die Betreuerinnen dürfen grundsätzliche KEINE Medikamente verabreichen.

Krankenversicherung d. Kindes : _____

Krankheiten: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Arzt/Ärztin d. Kindes: _____

Die o.g. Informationen werden sensibel und vertraulich behandelt, die Betreuerinnen unterliegen der Schweigepflicht. Die Angaben werden an keine dritten Personen weiter gegeben.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern