



ANMELDEFORMULAR – MITTAGSBEAUF SICHTIGUNG
SCHULJAHR 2023/2024

Name des Kindes:

Adresse:

Vers. Nr.: Geb. Datum:

Hausarzt:

Name der Eltern:

Telefonisch erreichbar: Privat:

Dienstgeber:

Allergien:

(Anmeldefrist: _____)

Ich benötige für mein Kind:

(Bitte ankreuzen)

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Öffnungszeiten: 11:45 - 13:45 Uhr

<input type="checkbox"/>	Beaufsichtigung bis 20 Std./ Monat	Tarif - € 27,30
<input type="checkbox"/>	Beaufsichtigung über 20 Std./Monat, max. 40 Std.	Tarif - € 49,80
<input type="checkbox"/>	Mittagstisch – pro Mahlzeit	Tarif - € 3,70

Tarife lt. aktuellen Gebührenbeschluss

Kinder, die bis zum Ende der Beaufsichtigungszeit (13.45 Uhr)
nicht abgeholt werden, müssen selbständig nach Hause gehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir oben angeführten Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und der Gebührenverrechnung gespeichert und verarbeitet werden.

Ich habe das Merkblatt gelesen, erkläre mich mit den festgelegten Regeln einverstanden und bestätige mit meiner Unterschrift wahrheitsgetreu, dass ich zu den angenommenen Betreuungszeiten berufstätig bin.

Obertrum am See,

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten