

Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schlosswallschule



Bei nachträglichen Änderungen in der Anmeldung müssen mindestens die roten Felder ausgefüllt sein.

Kind

Diese Änderung/Neuanmeldung soll am dd.mm.yyyy in Kraft treten :

Vorname:

Nachname:

Jahrgangsstufe:

Geburtstag:

Schulform:

- Halbttag
 Ganzttag

Mein Kind ist gegen Masern geimpft / bereits immun:

- Ja

Allergien:

Medikamente:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mein Kind ist glutenintolerant | <input type="checkbox"/> Mein Kind ist laktoseintolerant |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind isst kein Schweinefleisch | <input type="checkbox"/> Mein Kind ernährt sich vegetarisch |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind darf nach Ende der gebuchten Betreuung alleine nach Hause | <input type="checkbox"/> Mein Kind darf an Ausflügen teilnehmen |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind darf im Sommer mit handelsüblicher Sonnencreme eingecremt werden | <input type="checkbox"/> Fotos, auf welchen mein Kind zu sehen ist, dürfen sowohl in der öffentlichen Presse veröffentlicht, als auch für die Öffentlichkeitsarbeit der betreuenden Organisationen genutzt werden. |
| <input type="checkbox"/> Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken entfernen | |

Schlosswallschule - Ganzttag

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

				11:15 - 13:00 <input type="checkbox"/> buchen
				11:15 - 15:50 <input type="checkbox"/> buchen

Erziehungsberechtigter

Email:

Telefonnummer:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Adresszusatz:

Postleitzahl:

Stadt:

Berufliche Situation:

- Alleinerziehender Elternteil / Erziehungsberechtigter ist berufstätig
- Alleinerziehender Elternteil / Erziehungsberechtigter ist arbeitssuchend
- Beide Elternteile / Erziehungsberechtigte sind berufstätig
- Beide Elternteile / Erziehungsberechtigte sind arbeitssuchend
- Ein Elternteil / Erziehungsberechtigter ist berufstätig // arbeitssuchend

Ich bin alleinerziehend:

- Ja
- Nein

Name des Notfallkontakts:

Telefonnummer für evtl. Notfälle:

Weitere abholberechtigte Personen:

Anzahl der kindergeldberechtigten Kinder im selben Haushalt:

Geschwisterkind 1:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 2:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 3:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Beziehen Sie Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, AsylbLG, Wohngeld oder Jugendhilfe:

Ja
 Nein

Weitere sorgeberechtigte Personen

Email:

Telefonnummer:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Adresszusatz:

Postleitzahl:

Stadt:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Ich habe die allgemeinen Vertragsbedingungen der Stadt Schorndorf zur Schulkindbetreuung gelesen und akzeptiere diese.

Ich habe verstanden, dass meine Anmeldung von den betreuenden Organisationen widerrufen werden kann, wenn die Betreuungskapazitäten überschritten sind. Ein Recht auf Aufnahme zur Betreuung besteht nicht.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Stadt Schorndorf gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten und die Daten meiner Kinder elektronisch verarbeitet und an die betreuende Organisation weitergegeben werden.

Datum	Unterschrift