

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:

- ☐ Halbtage
☐ Ganztage

**Mein Kind ist gegen Masern geimpft / bereits
immun:**

☐ Ja

Allergien:

Medikamente:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| ☐ Mein Kind ist glutenintolerant | ☐ Mein Kind ist laktoseintolerant |
| ☐ Mein Kind isst kein Schweinefleisch | ☐ Mein Kind ernährt sich vegetarisch |
| ☐ Mein Kind darf nach Ende der gebuchten
Betreuung alleine nach Hause | ☐ Mein Kind darf an Ausflügen teilnehmen |
| ☐ Mein Kind darf im Sommer mit
handelsüblicher Sonnencreme eingecremt
werden | ☐ 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. |
| ☐ Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken
entfernen | |

Schlosswallschule - Halbtage

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

07:00 - 13:30 ☐ buchen	07:00 - 13:30 ☐ buchen	07:00 - 13:30 ☐ buchen	07:00 - 13:30 ☐ buchen	07:00 - 13:30 ☐ buchen
	13:30 - 17:00 ☐ buchen			13:30 - 16:00 ☐ 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 personenberechtigte 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