Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Neumattschule

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

SAK Lörrach e.V. | Tumringer Straße 269 | 79539 Lörrach
Tel.: +49 7621 9279 0 | E-Mail:schule@sak-loerrach.de
IBAN: DE02 6835 0048 0001 7318 84 | BIC: SKLODE66| Bank: Sparkasse Lörrach-Rheinfelden

Kind

Sicherheitscode bei Änderung:

____ ____ ____ ____ ____ ____

Diesen finden Sie in der Buchungsbestätigung, die Sie per Email erhalten haben.

__ . __ . ____

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

Vorname:	**Nachname:**
Jahrgangsstufe:	**Geburtstag:**
Schulform:	☐ **Halbtag** ☐ **Ganztag**
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**

Neumattschule - Halbtag

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 - 08:00 ☐ **buchen**	**07:00 - 08:00** ☐ **buchen**	**07:00 - 08:00** ☐ **buchen**	**07:00 - 08:00** ☐ **buchen**	**07:00 - 08:00** ☐ **buchen**
12:00 - 13:00	**12:00 - 13:00**	**12:00 - 13:00**	**12:00 - 13:00**	**12:00 - 13:00**

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
☐ **buchen**	☐ **buchen**	☐ **buchen**	☐ **buchen**	☐ **buchen**

SAK Lörrach e.V. | Tumringer Straße 269 | 79539 Lörrach
Tel.: +49 7621 9279 0 | E-Mail:schule@sak-loerrach.de
IBAN: DE02 6835 0048 0001 7318 84 | BIC: SKLODE66| Bank: Sparkasse Lörrach-Rheinfelden

Erziehungsberechtigter

Email:	
Telefonnummer:	
Vorname:	**Nachname:**
Straße:	**Adresszusatz:**
Postleitzahl:	**Stadt:**

Brutto Haushaltseinkommen pro Monat:

- ☐ **0,-- bis 1.499,--**
- ☐ **1.500,-- bis 2.499,--**
- ☐ **2.500,-- bis 3.499,--**
- ☐ **3.500,-- bis 5.999,--**
- ☐ **6.000,-- bis 8.499,--**
- ☐ **8.500,-- bis 10.999,--**
- ☐ **11.000-- bis 13.499,--**
- ☐ **13.500,-- bis 14.999,--**
- ☐ **15.000,-- bis 19.999,--**
- ☐ **über 20.000,--**

Ich habe mindestens ein weiteres Kind in einer kostenpflichtigen öffentlichen Kindergarteneinrichtung :

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nein**

Wenn ja, geben Sie hier den Namen des kostenpflichtigen Kindergartens an :

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:

Kontoinhaber:

IBAN: **BIC:**

☐ **Ich ermächtige die betreuende Organisation SAK Lörrach e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der betreuenden Organisation SAK Lörrach e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

☐ **Ich habe die allgemeinen Vertragsbedingungen der Stadt Lörrach 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 Lörrach gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten und die Daten meiner Kinder elektronisch verarbeitet und an die betreuende Organisation weitergegeben werden.**

Datum	**Unterschrift**