

## Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Künkelinschule



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

## Enfant

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

Prénom:

Nom de famille:

Grade:

Anniversaire:

Forme scolaire:

- Halbtag  
 Ganztag

Mon enfant est vacciné contre la rougeole / déjà immunisé:

- Ja

Allergies:

Médicaments:

Veuillez marquer d'une croix le cas échéant:

- Mon enfant est intolérant au gluten  
 Mon enfant ne mange pas de porc  
 Après la fin des soins réservés, mon enfant est autorisé à rentrer seul à la maison  
 Mon enfant peut être traité avec un écran solaire disponible dans le commerce en été  
 Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken entfernen
- Mon enfant est intolérant au lactose  
 Mon enfant est végétarien  
 Mon enfant est autorisé à participer à des excursions  
 Les photos montrant mon enfant sont autorisées à être publiées dans la presse publique

## Künkelinschule - Ganztag

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
07:00 - 08:15 <input type="checkbox"/> livre				
12:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> livre				
12:00 - 17:00 <input type="checkbox"/> livre	12:00 - 16:00 <input type="checkbox"/> livre			

Stadt Schorndorf | Urbanstraße 24 | 73614 Schorndorf

Tel.: 07181 602-3433 | E-Mail: Schulkindbetreuung@schorndorf.de  
IBAN: DE10 6025 0010 0005 0000 36 | BIC: SOLADES1WBN | Bank: Kreissparkasse Waiblingen

# Tuteur légal

E-mail:

Numéro de téléphone:

Prénom:

Nom de famille:

Rue:

Suffixe de l'adresse:

Code Postal:

Ville:

Situation professionnelle:

- Parent isolé / tuteur legal isolé exerce une activité professionnelle
- Parent isolé / tuteur legal isolé est demandeur d'emploi
- Les parents / les tuteurs légaux exercent une activité professionnelle
- Les parents / tuteurs légaux sont demandeurs d'emploi
- Un parent / un tuteur légal exerce une activité professionnelle ou est demandeur d'emploi

Je suis un parent seul:

- Oui
- Non

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence:

Numéro de téléphone pour les éventuelles urgences:

Autres personnes ayant droit à un ramassage:

Anzahl der kindergeldberechtigten Kinder im selben Haushalt:

Geschwisterkind 1:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 2:

Prénom:

**Nom de famille:**

**Geburtsdatum:**

**Geschwisterkind 3:**

**Prénom:**

**Nom de famille:**

**Geburtsdatum:**

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

- Oui  
 Non

**Weitere personenberechtigte Personen**

**E-mail:**

**Numéro de téléphone:**

**Prénom:** \_\_\_\_\_ **Nom de famille:** \_\_\_\_\_

**Rue:** \_\_\_\_\_ **Suffixe de l'adresse:** \_\_\_\_\_

**Code Postal:** \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_

**Propriétaire du compte:**

**IBAN:** \_\_\_\_\_ **BIC:** \_\_\_\_\_

**J'ai lu et accepté les modalités générales du Stadt Schorndorf pour la garde d'enfants à l'école.**

**Je comprends que mon inscription peut être révoquée par les organisations si les capacités de soutien sont dépassées. Il n'y a pas de droit à l'admission aux soins.**

**J'ai lu la politique de confidentialité de Stadt Schorndorf et j'accepte que mes données et celles de mes enfants soient traitées électroniquement et transmises à l'organisme de contrôle.**

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>