

Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schlosswallschule



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:

- ☐ Halbtage
☐ Ganztage

**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 est intolérant au lactose

☐ Mon enfant ne mange pas de porc

☐ Mon enfant est végétarien

☐ Après la fin des soins réservés, mon
enfant est autorisé à rentrer seul à la
maison

☐ Mon enfant est autorisé à participer à des
excursions

☐ Mon enfant peut être traité avec un écran
solaire disponible dans le commerce en
été

☐ Les photos montrant mon enfant sont
autorisées à être publiées dans la presse
publique

☐ __Betreuer dürfen bei meinem Kind
Zecken entfernen

Schlosswallschule - Halbtage

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
07:00 - 13:30 ☐ livre	07:00 - 13:30 ☐ livre	07:00 - 13:30 ☐ livre	07:00 - 13:30 ☐ livre	07:00 - 13:30 ☐ livre
	13:30 - 17:00 ☐ livre			13:30 - 16:00 ☐ livre

Tuteur légal

E-mail:

Numéro de téléphone:

Prénom:

Nom de famille:

Rue:

Suffixe de l'adresse:

Code Postal:

Ville:

Situation professionnelle:

- ☐ Parent isolé / tuteur légal isolé exerce une activité professionnelle
- ☐ Parent isolé / tuteur légal 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.

Datum	Unterschrift