

Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Otfried-Preußler- Schule



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

Otfried-Preußler-Schule - Halbtage

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
07:00 - 08:15 ☐ livre	07:00 - 08:15 ☐ livre	07:00 - 08:15 ☐ livre	07:00 - 08:15 ☐ livre	07:00 - 08:15 ☐ livre
11:15 - 13:30 ☐ livre	11:15 - 13:30 ☐ livre	11:15 - 13:30 ☐ livre	11:15 - 13:30 ☐ livre	11:15 - 13:30 ☐ livre
	11:15 - 16:00 ☐ livre		11:15 - 16:00 ☐ livre	
Stadt Schorndorf Urbanstraße 24 73614 Schorndorf				

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