

Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schurwaldschule



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:

Veillez marquer d'une croix le cas échéant:

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

Schurwaldschule - Ganztage

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

12:00 - 13:30

livre

11:15 - 13:30

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