

# Anmeldung zum Betreuungsangebot an der Grundschule am Hasenberg

**Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten:**

**Adresse:**

Vater: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Telefonische Erreichbarkeit:**

Privat: \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle der Mutter: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle des Vaters: \_\_\_\_\_

Ich bin berufstätig und allein erziehend

Wir sind beide berufstätig (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Folgende Gründe sollten bei der Prüfung des Aufnahmeantrages berücksichtigt werden:

**Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme meines/unseres Kindes**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Klasse)

**in die Betreuung der GS am Hasenberg ab dem**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Geburtstag)

**Gewünschte Module/Betreuungsentgelte (bitte ankreuzen):**

<b>Modul 1</b> Mo. – Fr. (07:30 – 13:30 Uhr)  € 45,00 monatl.  <input type="checkbox"/>	<b>Modul 2</b> Mo. – Fr. (07:30 – 15:00 Uhr)  € 100,00 monatl. + € 52,00 mtl. für Essen  <input type="checkbox"/>	<b>Modul 2a</b> 3 Tage (07:30 – 15:00 Uhr)  € 65,00 monatl. + € 31,00 mtl. für Essen  Mo. Di. Mi. Do. Fr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Modul 2b</b> 2 Tage (07:30 – 15:00 Uhr)  € 45,00 monatl. + € 21,00 mtl. für Essen  Mo. Di. Mi. Do. Fr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Modul 3</b> Mo. – Fr. (07:30 – 17:00 Uhr)  € 120,00 monatl. + € 52,00 mtl. für Essen  <input type="checkbox"/>	<b>Modul 3a</b> 3 Tage (07:30 – 17:00 Uhr)  € 75,00 monatl. + € 31,00 mtl. für Essen  Mo. Di. Mi. Do. Fr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Modul 3b</b> 2 Tage (07:30 – 17:00 Uhr)  € 50,00 monatl. + € 21,00 mtl. für Essen  Mo. Di. Mi. Do. Fr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**Persönliche Informationen zu meiner/unsere Tochter / meinem/unsere Sohn:**

(Vor-)Erkrankung(en):  Ja  Nein

Art der (Vor-)Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

Einnahme eines Medikaments / von Medikamenten erforderlich:  Ja  Nein

Bezeichnung des Medikaments: \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Mein/Unser Kind ist Allergikerin/Allergiker:  Ja  Nein

Bezeichnung der Allergie: \_\_\_\_\_

Mein/Unser Kind ist Brillenträgerin:  Ja  Nein

Termin der letzten Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

**Die Teilnahmebedingungen und eine Abholvereinbarung wurden mir/uns ausgehändigt. Ich/wir erklären uns mit den Inhalten einverstanden.**

**Hinweis:** Mir/uns ist bekannt, dass meine/unsere personenbezogenen Daten für die Abrechnung der Betreuungsangebote verarbeitet und gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)