

Grundschule Arzfeld/ Daleiden/ Lützkampen
(bitte betreffende Schule einkreisen)
Anmeldung zur unterrichtsergänzenden Betreuung

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Schuljahr _____ Klassenstufe _____ Klasse _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon-/Handy-Nr. _____

Erziehungsberechtigte _____

Erklärung:

Das Kind soll ab _____ zu folgenden Zeiten betreut werden: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<u>1./2. Klassenstufe</u>				
Wochentag	nur 5. Stunde	ab 5. Stunde bis 14:00 Uhr	ab 5. Stunde bis 16:30 Uhr	Teilnahme Mittagsverpflegung
Montag				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dienstag				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mittwoch				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Donnerstag				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freitag				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<u>3./4. Klassenstufe</u>			
Wochentag	nach 5. Std. bis 14:00 Uhr	nach 5. Std. bis 16:30 Uhr	Teilnahme Mittagsverpflegung
Montag			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dienstag			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mittwoch			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Donnerstag			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freitag			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ggf. weitere (individuelle) Angaben (z. B. wenn die Tage wegen Schichtarbeit variieren etc.):

Die **Hinweise und Bedingungen für die Teilnahme am unterrichtsergänzenden Betreuungsangebot** habe(n) ich/wir zur Kenntnis genommen. Diese Erklärung ist rechtsverbindlich, sodass die Beiträge im Verzugsfalle im Rahmen des Vollstreckungsverfahrens eingezogen werden dürfen.

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

zurücksenden an: direkt oder über die Schule an die:
 Verbandsgemeindeverwaltung Arzfeld
 Frau Sabrina Schwickerath
 Luxemburger Straße 6, 54687 Arzfeld