

**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. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

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

Wochentag	nur 5. Stunde	bis 16:30 Uhr	bis * _____	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

\*Bitte tragen Sie hier ein, bis zu welcher abweichenden Uhrzeit Ihr Kind die Betreuung besuchen soll.

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 ( Sabrina.Schwickerath@vg-arzfeld.de)  
 Luxemburger Straße 6, 54687 Arzfeld

Von der Verbandsgemeindeverwaltung auszufüllen PK \_\_\_\_\_

Tarif Mittagessen: \_\_\_\_\_

Tarif Elternbeitrag: \_\_\_\_\_