



Rückgabe bitte

an:

**Gemeinde Mauern
z. H. Frau Plattner
Schloßplatz 2
85419 Mauern**

Ansprechpartner für Rückfragen:
Frau Plattner
plattner@mauern-verwaltung.de
☎ 08764 8949

Anmeldung zur Mittagsbetreuung an der Grundschule Mauern

Hiermit melde(n) ich/wir für das Schuljahr 20____/20____ mein/unser Kind

Name: _____, **geb.:** _____, **Klasse:** _____

zur Mittagsbetreuung an der Grundschule Mauern verbindlich an. Die Teilnahme meines/unseres Kindes an der Mittagsbetreuung gilt verbindlich für dieses Schuljahr.

Mein/unser Kind wird die Mittagsbetreuung an folgenden Tagen besuchen:

Montag	<input type="checkbox"/>	bis 14 Uhr	<input type="checkbox"/>	bis 15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	bis 14 Uhr	<input type="checkbox"/>	bis 15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	bis 14 Uhr	<input type="checkbox"/>	bis 15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	bis 14 Uhr	<input type="checkbox"/>	bis 15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	bis 14 Uhr	<input type="checkbox"/>		

Erziehungsberechtigte	Adresse(n)	Telefonnummern, e-mail (Festnetz und Handy)

Wichtige Informationen für die Mittagsbetreuung

Für den Notfall weitere Kontaktadressen in der Nähe (z.B. Großeltern, sonstige Verwandte, Nachbarn):

Ansprechpartner, wenn Eltern nicht erreichbar:	
Adresse und Telefonnummer:	

Gesundheitsinformationen

Allergien, Chronische Krankheiten, Medikamenteneinnahme:	
Hausarzt:	

Mein Kind _____ (Name)

- darf alleine nach Hause gehen
- wird abgeholt (außer den Erziehungsberechtigten sind folgende Personen abholberechtigt):

Ich bin damit einverstanden, dass das Mittagsbetreuungspersonal mit den Lehrkräften der Schule Informationen austauscht, die für die Betreuung meines/unseres Kindes wichtig sind.

Bei stundenweiser oder vorübergehender Abwesenheit muss die Einrichtungsleitung telefonisch oder schriftlich verständigt werden.

Kinder können vom Besuch ausgeschlossen werden, wenn eine ansteckende Krankheit vorliegt, der Einrichtungsbetrieb nachhaltig gestört wird und/oder den Anweisungen des Personals nicht Folge geleistet wird.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Vor- und Zuname der/des Erziehungsberechtigten	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Wohnort	

**Gemeinde Mauern
Schloßplatz 2**

85419 Mauern

bis 14:00 Uhr

bis 15:30 Uhr

Einzugsermächtigung

gültig ab: _____

für die **Mittagsbetreuung** an der Grundschule Mauern

Vor- und Zuname der Schülerin/des Schülers	
---	--

Ich/Wir ermächtige/n Sie widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer (IBAN)	
Bankleitzahl (BIC)	
Name und Ort d. Geldinstituts	
Vor- und Zuname des Kontoinhabers	

Ort, Datum

Unterschrift d. Kontoinhabers