

**ANMELDUNG FÜR DIE VERPFLEGUNG zum _____
- HALBTAGSSCHULE - im JUMP**



zum _____

Angaben über das Kind

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Schillerschule Waldschule

Angaben über die Sorgeberechtigten:

Name der Mutter:

Anschrift:

Ort:

Telefon-Nummer:E-Mail:

Sorgeberechtigt: Ja / Nein

Name des Vaters:

Anschrift:

Ort:

Telefon-Nummer:E-Mail:

Sorgeberechtigt: Ja / Nein

- | | | |
|--|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich | Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> | 16,-- Euro / Monat |
| <input type="checkbox"/> 2 x wöchentlich | Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> | 32,-- Euro / Monat |
| <input type="checkbox"/> 3 x wöchentlich | Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> | 48,-- Euro / Monat |
| <input type="checkbox"/> 4 x wöchentlich | Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> | 64,-- Euro / Monat |
| <input type="checkbox"/> 5 x wöchentlich | Montag bis Freitag | 80,-- Euro / Monat |

Diese Anmeldung ist für mindestens ein Schuljahr verbindlich.

Die Verpflegungskosten werden für 10 Monate erhoben. Die Monate Juli und August sind beitragsfrei.

Walldorf, _____

Walldorf, _____

Unterschrift **des / der** Sorgeberechtigten

Otto Steinmann
Erster Beigeordneter