

**FGTS Nunkirchen**

Erziehungsberechtigte/ -r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Handy :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E- Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit melde ich

meinen Sohn / meine Tochter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasse im Schuljahr 2019/20: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**verbindlich** **zum Betreuungsangebot im Schuljahr 2019/20**

**□ bis maximal 15.00 Uhr an. Der monatliche Kostenbeitrag beträgt 30,- €.**

**□ bis um 17.00 Uhr an. Der monatliche Kostenbeitrag beträgt 60,- €.**

**□ Geschwisterrabatt (bis 17 Uhr 40 €, bis 15.00 Uhr 20 €)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

Hat das Kind chronische Krankheiten oder Allergien: □JA □ NEIN

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nimmt das Kind Medikamente: □ JA □ NEIN

Wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Kind nimmt am Mittagessen teil: □JA □ NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder zu Repräsentations- und Dokumentationszwecken veröffentlicht werden: □JA □ NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei Ausflügen mit dem PKW der Erzieherin mitfährt: □JA □ NEIN

Ist das Kind: □ SCHWIMMER □ NICHTSCHWIMMER

Mein Kind darf alleine nach Hause gehen: □JA □ NEIN

Welche Personen dürfen Ihr Kind abholen (bitte Namen und Telefonnr. angeben):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_