

# Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schlosswallschule



**Bei nachträglichen Änderungen in der Anmeldung müssen mindestens die roten Felder ausgefüllt sein.**

## Kind

### Sicherheitscode bei Änderung:

\_\_\_\_\_

Diesen finden Sie in der Buchungsbestätigung, die Sie per Email erhalten haben.

\_\_\_\_\_

### Diese Änderung/Neuanmeldung soll am dd.mm.yyyy in Kraft treten :

Vorname:

Nachname:

Jahrgangsstufe:

Geburtstag:

Schulform:

- Halbtage  
 Ganztage

Mein Kind ist gegen Masern geimpft / bereits immun:

- Ja

Allergien:

Medikamente:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mein Kind ist glutenintolerant   | <input type="checkbox"/> Mein Kind ist laktoseintolerant   |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind isst kein Schweinefleisch  | <input type="checkbox"/> Mein Kind ernährt sich vegetarisch  |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind darf nach Ende der gebuchten Betreuung alleine nach Hause        | <input type="checkbox"/> Mein Kind darf an Ausflügen teilnehmen  |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind darf im Sommer mit handelsüblicher Sonnencreme eingecremt werden | <input type="checkbox"/> Fotos, auf welchen mein Kind zu sehen ist, dürfen sowohl in der öffentlichen Presse veröffentlicht, als auch für die Öffentlichkeitsarbeit der betreuenden Organisationen genutzt werden. |
| <input type="checkbox"/> Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken entfernen                           |  |

## Schlosswallschule - Halbtage

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> buchen	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> buchen	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> buchen	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> buchen	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> buchen
	13:30 - 17:00			13:30 - 16:00

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

buchen

buchen

# Erziehungsberechtigter

**Email:**

---

**Telefonnummer:**

---

**Vorname:**

**Nachname:**

---

**Straße:**

**Adresszusatz:**

---

**Postleitzahl:**

**Stadt:**

---

**Berufliche Situation:**

- Alleinerziehender Elternteil / Erziehungsberechtigter ist berufstätig
- Alleinerziehender Elternteil / Erziehungsberechtigter ist arbeitssuchend
- Beide Elternteile / Erziehungsberechtigte sind berufstätig
- Beide Elternteile / Erziehungsberechtigte sind arbeitssuchend
- Ein Elternteil / Erziehungsberechtigter ist berufstätig // arbeitssuchend

**Ich bin alleinerziehend:**

- Ja
- Nein

**Name des Notfallkontakts:**

---

**Telefonnummer für evtl. Notfälle:**

---

**Weitere abholberechtigte Personen:**

---

**Anzahl der kindergeldberechtigten Kinder im selben Haushalt:**

---

**Geschwisterkind 1:**

---

**Vorname:**

---

**Nachname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Geschwisterkind 2:**

---

**Vorname:**

---

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 3:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Beziehen Sie Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, AsylbLG, Wohngeld oder Jugendhilfe:

Ja  
 Nein

**Weitere personenberechtigte Personen**

Email:

Telefonnummer:

Vorname:

Nachname:

Straße:

Adresszusatz:

Postleitzahl:

Stadt:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

**Ich habe die allgemeinen Vertragsbedingungen der Stadt Schorndorf zur Schulkindbetreuung gelesen und akzeptiere diese.**

**Ich habe verstanden, dass meine Anmeldung von den betreuenden Organisationen widerrufen werden kann, wenn die Betreuungskapazitäten überschritten sind. Ein Recht auf Aufnahme zur Betreuung besteht nicht.**

**Ich habe die Datenschutzerklärung der Stadt Schorndorf gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten und die Daten meiner Kinder elektronisch verarbeitet und an die betreuende Organisation weitergegeben werden.**

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>