

# Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Otfried-Preußler- Schule



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

## Enfant

— . — . —

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

**Prénom:**

**Nom de famille:**

**Grade:**

**Anniversaire:**

**Forme scolaire:**

- ☐ Halbtage  
☐ Ganztage

**Mon enfant est vacciné contre la rougeole / déjà  
immunisé:**

☐ Ja

**Allergies:**

**Médicaments:**

**Veuillez marquer d'une croix le cas échéant:**

- |                                                                                                                     |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mon enfant est intolérant au gluten                                                        | <input type="checkbox"/> Mon enfant est intolérant au lactose                                                         |
| <input type="checkbox"/> Mon enfant ne mange pas de porc                                                            | <input type="checkbox"/> Mon enfant est végétarien                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Après la fin des soins réservés, mon<br>enfant est autorisé à rentrer seul à la<br>maison  | <input type="checkbox"/> Mon enfant est autorisé à participer à des<br>excursions                                     |
| <input type="checkbox"/> Mon enfant peut être traité avec un écran<br>solaire disponible dans le commerce en<br>été | <input type="checkbox"/> Les photos montrant mon enfant sont<br>autorisées à être publiées dans la presse<br>publique |
| <input type="checkbox"/> Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken<br>entfernen                                        |                                                                                                                       |

## Otfried-Preußler-Schule - Halbtage

| Lundi                          | Mardi                          | Mercredi                       | Jeudi                          | Vendredi                       |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 12:05 - 13:30                  | 12:05 - 15:45                  | 12:05 - 13:30                  | 12:05 - 15:45                  | 11:15 - 13:30                  |
| <input type="checkbox"/> livre | <input type="checkbox"/> livre | <input type="checkbox"/> livre | <input type="checkbox"/> livre | <input type="checkbox"/> livre |

## Tuteur légal

E-mail:

Numéro de téléphone:

Prénom:

Nom de famille:

Rue:

Suffixe de l'adresse:

Code Postal:

Ville:

Situation professionnelle:

- ☐ Parent isolé / tuteur légal isolé exerce une activité professionnelle
- ☐ Parent isolé / tuteur légal isolé est demandeur d'emploi
- ☐ Les parents / les tuteurs légaux exercent une activité professionnelle
- ☐ Les parents / tuteurs légaux sont demandeurs d'emploi
- ☐ Un parent / un tuteur légal exerce une activité professionnelle ou est demandeur d'emploi

Je suis un parent seul:

- ☐ Oui
- ☐ Non

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence:

Numéro de téléphone pour les éventuelles urgences:

Autres personnes ayant droit à un ramassage:

Anzahl der kindergeldberechtigten Kinder im selben Haushalt:

Geschwisterkind 1:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 2:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

Geschwisterkind 3:

Prénom:

Nom de famille:

Geburtsdatum:

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

☐ Oui  
☐ Non

**Weitere sorgeberechtigte Personen**

E-mail:

Numéro de téléphone:

Prénom:

Nom de famille:

Rue:

Suffixe de l'adresse:

Code Postal:

Ville:

Propriétaire du compte:

IBAN:

BIC:

☐

**J'ai lu et accepté les modalités générales du Stadt Schorndorf pour la garde d'enfants à l'école.**

☐

**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> |