**Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung am Kreisgymnasium Bad Krozingen**

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

Name des Kindes Geburtsdatum Klasse Schuljahr

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

Name d. Erz.berechtigte/n  privat  geschäftl.

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

mobil eMail-Adresse

**Nutzungszeiten:**

Ich möchte mein Kind zu folgenden Zeiten verbindlich anmelden. Die Anmeldung gilt für das gesamte Schuljahr. Die Kosten von 50€ müssen, nach einer Probephase bis zu den Herbstferien, für das ganze Schuljahr im Voraus beglichen werden.

**Kontoverbindung:** Name: KGBK Heiko Schrauber,

IBAN:DE05 6806 1505 0030 4858 15bei der Volksbank Breisgau-Süd

 Wichtig: Name und Klasse Ihres Kindes angeben!!

Die Nachmittagsbetreuungfindet von 14:00 bis 15:30 Uhr von Montag bis Donnerstag statt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tag** | **Bitte „nur A-Woche“ oder „nur B-Woche“ oder „jede Woche“ angeben!** |
| Montag |  |
| Dienstag |  |
| Mittwoch |  |
| Donnerstag |  |

Sollte Ihr Kind nicht kommen können (z.B. wegen Krankheit, Arzttermin,...), bitten wir unbedingt möglichst frühzeitig um Meldung per E-mail gbk@lkbh.de oder telefonisch an unser Sekretariat (07633-958020).

**Einverständniserklärung**

Ich bin einverstanden, dass unsere Tochter / unser Sohn die Nachmittagsbetreuung nach den angegebenen Besuchszeiten selbständig verlassen darf und die Aufsichtspflicht zu diesem Zeitpunkt endet. ***Das Verlassen der Schule zu anderen Zeiten bedarf der individuellen Absprache (telefonisch oder schriftlich, z. B. im Korrespondenzbuch).***

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

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**Besonderheiten**

Krankheiten, Allergien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_