SCHORNDORF »
DIE DAIMLERSTADT

SCHORNDORF »
DIE DAIMLERSTADT

Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schlosswallschule

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

Stadt Schorndorf | Urbanstraße 24 | 73614 Schorndorf
Tel.: 07181 602-3433 | E-Mail:Schulkindbetreuung@schorndorf.de
IBAN: DE10 6025 0010 0005 0000 36 | BIC: SOLADES1WBN| Bank: Kreissparkasse Waiblingen

Enfant

__ . __ . ____

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

Prénom:	**Nom de famille:**
Grade:	**Anniversaire:**
Forme scolaire:	☐ **Halbtag** ☐ **Ganztag**
Mon enfant est vacciné contre la rougeole / déjà immunisé:	☐ **Ja**
Allergies:	
Médicaments:	

Veuillez marquer d'une croix le cas échéant:

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

Schlosswallschule - Halbtag

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
07:00 - 13:30 ☐ **livre**	**07:00 - 13:30** ☐ **livre**	**07:00 - 13:30** ☐ **livre**	**07:00 - 13:30** ☐ **livre**	**07:00 - 13:30** ☐ **livre**
	13:30 - 17:00 ☐ **livre**			**13:30 - 16:00** ☐ **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 legal isolé exerce une activité professionelle**
- ☐ **Parent isolé / tuteur legal isolé est demandeur d'emploi**
- ☐ **Les parents / les tuteurs légaux exercent une activité professionelle**
- ☐ **Les parents / tuteurs légaux sont demandeurs d'emploi**
- ☐ **Un parent / un tuteur légal exerce une activité professionelle 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 personenberechtigte 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.**

☐ **Je comprends que mon inscription peut être révoquée par les organisations si les capacités de soutien sont dépassées. Il n'y a pas de droit à l'admission aux soins.**

☐ **J'ai lu la politique de confidentialité de Stadt Schorndorf et j'accepte que mes données et celles de mes enfants soient traitées électroniquement et transmises à l'organisme de contrôle.**

Datum	**Unterschrift**