

## Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Schillerschule



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

## Enfant

### Code de sécurité sur le changement:

Vous le trouverez dans la confirmation de réservation que vous avez reçue par courrier électronique.

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

Prénom:

Nom de famille:

Grade:

Anniversaire:

Forme scolaire:

- Halbttag  
 Ganzttag

Mon enfant est vacciné contre la rougeole / déjà immunisé:

- Ja

Allergies:

Médicaments:

Veillez 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 enfant est autorisé à rentrer seul à la maison  | <input type="checkbox"/> Mon enfant est autorisé à participer à des excursions                                  |
| <input type="checkbox"/> Mon enfant peut être traité avec un écran solaire disponible dans le commerce en été | <input type="checkbox"/> Les photos montrant mon enfant sont autorisées à être publiées dans la presse publique |
| <input type="checkbox"/> Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken entfernen                                     |   |

## Schillerschule - Halbttag

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> livre	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> livre	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> livre	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> livre	07:00 - 13:30 <input type="checkbox"/> livre
	13:30 - 17:00		13:30 - 17:00	13:30 - 16:00

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

livre

livre

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 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.**

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