



### 3) ANGABEN ZUR KRANKENKASSE:

Das Kind ist versichert über (Name des Versicherten):

bei der Krankenkasse:

Welcher Haus-/Kinderarzt betreut das Kind? (Name, Anschrift, Telefonnummer)

### 4) ZUSÄTZLICHES BETREUUNGSANGEBOT:

Die Peter Gläsel Schule ist eine **Ganztagsschule bis 15.00 Uhr**, mit einem zusätzlichen Betreuungsprogramm bis **maximal 17.00 Uhr**.

Ich beabsichtige, das Betreuungsangebot zwischen 15.00 und 17.00 Uhr in Anspruch zu nehmen.

### 5) WAS WÜNSCHEN SIE SICH FÜR IHR KIND?

### 6) WIE KÖNNEN SIE SICH VORSTELLEN, DIE PETER GLÄSEL SCHULE ZU UNTERSTÜTZEN?

### 7) ERKLÄRUNG DER SORGBERECHTIGTEN PERSON/-EN:

Ich bestätige / Wir bestätigen hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben. Über das Konzept der Peter Gläsel Schule bin ich / sind wir informiert und erkennen dies, sowie den verpflichtenden Ganzttag an.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Sorgeperson 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Sorgeperson 2

