

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 **Ganztagschule 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

