

Träger:



Ökumenische
Nachbarschaftshilfe
mit Sozialdienst e.V.
Fürstenfeldbruck und Emmering

Am Sulzbogen 56
82256 Fürstenfeldbruck
www.nbh-fuerstenfeldbruck.de
(08141) 3166-12 oder -13 Fax: -18
mb@nbh-fuerstenfeldbruck.de

Mittagsbetreuung Grundschule West 2021/22

für:

Vorname des Kindes

Nachname des Kindes

Kündigung

zum _____ (Eingang 6 Wochen zum Monatsende in der Geschäftsstelle, letzte
Kündigungsmöglichkeit für 2021/22 ist d. 01.05.22 (Eingang bis zum 20.03.2022))
Monatsende

Änderung

zum _____ (Eingang 6 Wochen zum Monatsende in der Geschäftsstelle, letzte
Kündigungsmöglichkeit für 2021/22 ist d. 01.05.22 (Eingang bis zum 20.03.2022))
Monatsende

1. Betreuungszeiten (bitte die neue Betreuungszeit ankreuzen):

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	bis 14 Uhr ¹	bis 15.30 Uhr ²	Mittagessen
1 + 2 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24 €	<input type="checkbox"/> 48 €	<input type="checkbox"/> + 20 €
3 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33 €	<input type="checkbox"/> 66 €	<input type="checkbox"/> + 30 €
4 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 42 €	<input type="checkbox"/> 84 €	<input type="checkbox"/> + 40 €
5 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 51 €	<input type="checkbox"/> 102 €	<input type="checkbox"/> + 50 €

1) ohne Hausaufgabenbetreuung

2) mit Hausaufgabenbetreuung

2. Erziehungsberechtigte/r bzw. Adresse

Name, Vorname (Mutter): _____ Tel. mobil: _____

Name, Vorname (Vater): _____ Tel. mobil: _____

Telefon privat: _____ E-Mail: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

3. weitere im Notfall zu verständigende Personen:

(Name, Vorname/Telefon)

1. _____

2. _____

4. Besonderheiten (Krankheiten, Allergien):

5. SEPA-Lastschriftmandat (Änderung der Kontonummer)

Die Kosten der Mittagsbetreuung und ggf. des Essens sollen von meinem Konto abgebucht werden:

DE
IBAN (20-stellig) _____

Name des Kreditinstituts

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Datum

Unterschrift (für die Änderung/Kündigung) bzw. Kontoinhaber