

# Anmeldung zum Bildungs- und Betreuungsangebot im „Pakt für den Ganzttag“ an der Wiesbachschule

Bitte zurück an das Sekretariat

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten:

Adresse: (falls unterschiedlich, bitte beide Adressen angeben)

**Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

☎ Privat Mutter: \_\_\_\_\_

☎ Mobil Mutter: \_\_\_\_\_

☎ Dienstlich Mutter: \_\_\_\_\_

**Vater:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

☎ Privat Vater: \_\_\_\_\_

☎ Mobil Vater: \_\_\_\_\_

☎ Dienstlich Vater: \_\_\_\_\_

☐ Ich bin alleinerziehend

☐ Ich bin alleinerziehend

Bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis beifügen!

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

☐ weiblich

☐ männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(TT.MM.JJJJ)

Klasse: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme meines/unseres Kindes in das Betreuungsangebot ab dem

**01.08.2026** (Datum):

Gewünschte Module/Gebühren (bitte ankreuzen):

<b>Modul F</b> <b>Mo. – Do.</b> (07:00 – 07:30 Uhr) 16,00 € monatl. <input type="checkbox"/>	<b>Modul 1a</b> <b>Mo. – Do.</b> (07:30 – 15:00 Uhr) 95,00 € monatl. + 63,00 € Essen <input type="checkbox"/>	<b>Modul 1b</b> <b>Mo. – Fr.</b> (07:30 – 15:00 Uhr) 120,00 € monatl. + 79,00 € Essen <input type="checkbox"/>
<b>Modul F</b> <b>Mo. – Fr.</b> (07:00 – 07:30 Uhr) 20,00 € monatl. <input type="checkbox"/>	<b>Modul 2a</b> <b>Mo. – Do.</b> (07:30 – 17:00 Uhr) 150,00 € monatl. + 63,00 € Essen <input type="checkbox"/>	<b>Modul 2b</b> <b>Mo. – Fr.</b> (07:30 – 17:00 Uhr) 180,00 € monatl. + 79,00 € Essen <input type="checkbox"/>

**Persönliche Informationen zu meiner/unserer Tochter / meinem/unserem Sohn:**

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienversichert: \_\_\_\_\_

☐ Ja ☐ Nein bei: ☐ Vater ☐ Mutter

Name und Telefonnummer des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

(Vor-)Erkrankung(en): ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Einnahme eines Medikaments / von Medikamenten erforderlich: \_\_\_\_\_

☐ Ja ☐ Nein

Bezeichnung des Medikaments: \_\_\_\_\_

Mein/Unser Kind ist Allergikerin/Allergiker: ☐ Ja ☐ Nein

Bezeichnung der Allergie: \_\_\_\_\_

Besondere Informationen/Hinweise zum Essen: \_\_\_\_\_

Termin der letzten Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

**Die Teilnahmebedingungen und die Informationsblätter zur Datenverarbeitung wurden mir/uns ausgehändigt. Ich/wir erklären uns mit den Inhalten einverstanden. Die Teilnahmebedingungen sind immer in der aktuellsten Version gültig; über Änderungen werde ich / werden wir informiert.**

\_\_\_\_\_  
(Datum), (Ort)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter