

Aufnahmeantrag
 Änderungsantrag

GTB LUISE-BRONNER-REALSCHULE

Betreuungsteam 07131 9190988
 schulkinderbetreuung-lbr@belijha.de

belijha

VERSTEHEN. FÖRDERN. BETREUEN.

belijha gGmbH
 Freudentaler Str. 2
 74357 Bönningheim
 Tel.: 07143 9688510
 Email: info@belijha.de
 Kreissparkasse Heilbronn
 IBAN: DE18 6205 0000 0000 5410 64

BETREUUNGS-/ÄNDERUNGSBEGINN AB MONAT/JAHR (MMJJ):

| | | | |
|---|---|---|---|
| M | M | J | J |
|---|---|---|---|

| KIND | Kundennummer: | | | | | | | | | | | | gesehen: | | | | <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> GTB | |
|--------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|---------------------------------|------------------------------|--|
| Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klasse (im Betreuungszeitraum) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Adresse unverändert und bekannt |
| Straße & Hausnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postleitzahl & Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Str. & Nr. | <input type="checkbox"/> wie Kind | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ & Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Str. & Nr. | <input type="checkbox"/> wie Kind | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ & Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| E-Mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOTFALLNUMMERN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | €/Tag | €/Woche |
|---------------------|----------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---------|
| Block 1 | (12:15 -13:45) | = 1,50h | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1,50 | |
| Block 2 | (13:45 -15:30) | = 1,75h | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1,75 | |
| Block 3 | (15:30 -17:00) | = 1,50h | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1,50 | |
| Mittagessen* | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Gesamtbetrag | Woche

Gesamtbetrag | Monat (für die Errechnung wird von 4 Wochen | Monat ausgegangen)

* Das Mittagessen wird direkt von apetito catering mit Ihnen abgerechnet. Hierfür ist ein gesondertes SEPA-Lastschriftmandat für apetito catering auszufüllen. Oben legen Sie lediglich fest, an welchen Tagen ihr Kind verbindlich am Mittagessen teilnimmt. Bei Krankheit oder sonstigen Hinderungsgründen müssen Sie Ihr Kind rechtzeitig und direkt bei apetito catering abmelden, damit Ihnen das nicht genutzte Mittagessen nicht von apetito catering in Rechnung gestellt wird.

