



PAUL-GERHARDT-SCHULE
KAISERSLAUTERN

Grund- und Realschule plus
Integrative Realschule

Staatlich anerkannte christliche Privatschule in Trägerschaft des Christlichen Schulvereins Kaiserslautern e.V.
Paul-Gerhardt-Schule • Finkenstr. 14 • 67661 Kaiserslautern • Tel.: 06301-7997759 • info@pgs-kl.de • www.pgs-kl.de

Anmeldung

zur Nachmittagsbetreuung bis 16 Uhr

Von **13.20 Uhr bis 14.00 Uhr** nehmen die Schüler gemeinsam ihr Mittagessen ein.

Von Montag bis Donnerstag wird von **14.00 - 16.00 Uhr eine Hausaufgabenbetreuung** angeboten. Während der Betreuung wird darauf Wert gelegt, dass die Schüler die Hausaufgaben ordentlich und vollständig anfertigen. Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie von dem Angebot Gebrauch machen können:

1. Ihr Kind besucht die Nachmittagsbetreuung von
Montag – Donnerstag 13.20 – 16.00 Uhr.

Kosten:

+ 132,00 Eur / Monat (inkl. warmes Mittagessen)

2. Ihr Kind besucht die Nachmittagsbetreuung an
einzelnen Tagen von 13.20 – 16.00 Uhr.

Kosten:

+ 20,00 Eur / Tag (im Monat) + 4,50 Eur / Mahlzeit (warmes Mittagessen)

Beispiel:

Nimmt ihr Kind nur an **einem Tag** in der Woche an der Nachmittagsbetreuung teil, so kostet es 20,- Euro im Monat für die Betreuung und 4,50 Euro pro Mahlzeit.

Nimmt ihr Kind an **zwei Tagen** teil, so kostet es 40,- Euro im Monat für die Betreuung und 4,50 Euro pro Mahlzeit.

Wenn ihr Kind **drei oder vier Tage** in der Nachmittagsbetreuung bleibt, so kostet es 60,- Euro im Monat für die Betreuung und 72,- Euro für das warme Mittagessen für den ganzen Monat.

Der Speiseplan wird immer eine Woche im Voraus im Schulhaus ausgehängt.

Die Beiträge werden monatlich per Lastschriftverfahren von Ihrem Konto eingezogen.

Für jedes Kind muss eine eigene Anmeldung ausgefüllt werden. Die Anmeldung gilt verbindlich bis Ende des jeweiligen Schulhalbjahres.



-----Rücklaufzettel-----

Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung bis 16 Uhr

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Teilnahme an diesem Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die monatlichen Kosten für mein Kind betragen _____ Euro.

Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten:

Ort und Datum: _____

Unterschrift des/der

Erziehungsberechtigten: _____

Hinweis: Auf der Rückseite befindet sich die **SEPA-Einzugsermächtigung**. Bitte geben Sie dieses Anmeldeformular mit ausgefülltem SEPA-Lastschriftenmandat im Büro ab. Vielen Dank!

