

Interessensbekundung

Zur Teilnahme am Ganzttag an der Lilienwaldschule in Karben

Angaben zur Schülerin/zum Schüler	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Anschrift (Str./PLZ/Ort):	Klasse:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Kind lebt bei <input type="checkbox"/> den Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater <input type="checkbox"/> bei anderen Personensorgeberechtigten	

Angaben zu der/dem/den Personenberechtigten	
Name:	Vorname:
Name:	Vorname:
Anschrift (Str./PLZ/Ort):	Telefonnummer: E-Mail

	Modul	Betreuungszeit (Wochentage und Uhrzeit)	Entgelt Stand 2024
<input type="checkbox"/>	Modul 1	5 Tage bis 15:00 Uhr zzgl. Mittagessen	ca. 80,00 € ca. 80,00 € ca. 160,00 €
<input type="checkbox"/>	Modul 2	5 Tage bis 17:00 Uhr zzgl. Mittagessen	ca. 185,00 € ca. 80,00 € ca. 265,00 €
<input type="checkbox"/>	Modul 3	5 Tage bis 17:00 Uhr Inkl. 8 Ferienwochen	ca. 205,00 € ca. 90,00 € ca. 295,00 €

Vorbehaltlich eventueller Preisänderungen!

Bitte beachten Sie, dass eine Anmeldung nur in Verbindung mit einem Essensplatz möglich ist. Der Mittagstisch ist nicht einzeln buchbar.

Gewünschter Aufnahmeterrnin: 01.08.2025 (Beginn des kalendarischen Schuljahres)

Bitte denken Sie daran auch die Rückseite auszufüllen ☺ →

Entbindung von der Schweigepflicht im Rahmen der Zusammenarbeit Zwischen Schülerbetreuung Lilienkinder und der Schule

Angaben zur Schülerin / zum Schüler	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Informationsaustausch	
Hiermit erkläre/n ich mich / wir uns damit einverstanden, dass die ASB-Mitarbeitenden im Rahmen der Betreuung meines/unseres Kindes (oben genannt) Informationen und Unterlagen mit folgenden Personenkreisen austauschen können:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	dem gesamten Schulpersonal Schulleitung, Lehrkräften, etc.
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	weiteren Mitarbeitern des Schulträgers z.B. Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Therapeuten, Ärzten
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	weitere
<p>Der Austausch bezieht sich auf die schulischen Belange und die ganzheitliche Entwicklung des Kindes. Soweit die Einbeziehung weiterer Dienste und Institutionen für notwendig erachtet wird, kann dies nur mit meinem schriftlichen Einverständnis erfolgen.</p> <p>Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit widerrufen kann, ohne dass dies negative Folgen für mich oder mein Kind hat.</p>	

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten 1

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten 2