

Verbandsgemeindeverwaltung Otterbach-Otterberg  
Hauptstraße 27  
67697 Otterberg

Auskunft erteilt:  
Herr Kiros (Büro Otterbach)  
Tel.: 06301 - 607214  
Fax: 06301 - 719403  
E-Mail: Bildung@otterbach-otterberg.de

## Verbindliche Anmeldung zur Schülerbetreuung in der Grundschule Olsbrücken 2025-2026

<b>Schüler*in</b> Name, Vorname		
Klassenstufe im Schuljahr 2025-2026		
Wohnort, Straße, Nr.		
<b>Sorgeberechtigte (r)</b> Name, Vorname		
Anschrift wie oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kosten pro Zeiteinheit (5 Minuten)	3,43 €
------------------------------------	--------

Betreuungszeiten (bitte ankreuzen)	Zeiteinheit	Monatsbeitrag	Bitte ankreuzen
12.10 bis 12.40 Uhr	6	20,58 €	
12.40 bis 13.10 Uhr	6	20,58 €	
13.10 bis 14.00 Uhr	10	34,30 €	
14.00 bis 14.30 Uhr	6	20,58 €	
14.30 bis 15.00 Uhr	6	20,58 €	
15.00 bis 16.00 Uhr	12	41,16 €	
Je nach Unterrichtsende in den jeweiligen Klassenstufen wird, die Monatspauschale individuell angepasst.			

Bitte füllen Sie die Anmeldung **und** Information für die Betreuungskräfte aus und reichen Sie diese **bis zum 30.04.** bei der Verbandsgemeindeverwaltung Otterbach-Otterberg ein.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

**Link Betreuungssatzung: <https://www.otterbach-otterberg.de/service/satzungen/>**

**Information für die Nachmittagsbetreuung**  
**an der Grundschule Olsbrücken**

**Kind**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Klasse in SJ 2025-2026 \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte (r) 1:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

**Sorgeberechtigte (r) 2:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

**Mein/unser Kind soll in der Betreuung seine Hausaufgaben erledigen:**

JA  NEIN  Überlasse ich meinem Kind

**Hiermit erlaube ich meinem Kind den Nachhauseweg alleine anzutreten.** JA  ( um \_\_\_\_\_ )

NEIN

**Weitere wichtige Infos für das Betreuungspersonal ( z.B. Allergien, Krankheiten, usw.):**

---

---

---

---

---

**Abholungsberechtigt sind neben den Sorgeberechtigten folgende Personen:**

Name:

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten