

Verbandsgemeindeverwaltung Otterbach-Otterberg
Hauptstraße 27
67697 Otterberg

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

Verbindliche Anmeldung zur Schülerbetreuung in der Grundschule Schallodenbach 2025-2026

Schüler*in Name, Vorname		
Klassenstufe im Schuljahr 2025-2026		
Wohnort, Straße, Nr.		
Sorgeberechtigte (r) Name, Vorname		
Anschrift wie oben	☐	☐

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

Betreuungszeiten (bitte ankreuzen)	Zeiteinheit	Monatsbeitrag	Bitte ankreuzen
11.45 bis 12.15 Uhr	6	20,58 €	
12.15 bis 12.45 Uhr	6	20,58 €	
12.45 bis 13.15 Uhr	6	20,58 €	
13.15 bis 13.45 Uhr	6	20,58 €	
13.45 bis 14.15 Uhr	6	20,58 €	
14.15 bis 15.00 Uhr	9	30,87 €	
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 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 Schallodenbach

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:

Name:

Telefonnummer:

Name:

Telefonnummer:

Name:

Telefonnummer:

Name:

Telefonnummer:

Name:

Telefonnummer:

Name:

Telefonnummer:

Name:

Telefonnummer:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten