|  |
| --- |
| Rückantwort |

Mail: Schulspeisung-Bisamkiez@rathaus.potsdam.de

Schulspeisung Bisamkiez

Verwaltung

Bisamkiez 107 - 111

14478 Potsdam

**Anmeldung für die Teilnahme an der Schulspeisung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tag | Monat | Jahr |  |
| Unser Kind möchte ab dem |  |  |  |  |  |  |  |  | an der Schulspeisung teilnehmen. |

Die Bedingungen der Essengeldbezahlung (Schulspeisung Bisamkiez) sind uns bekannt.

**Angaben zum Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Klasse |  |

Unser Kind besucht folgende Schule:

[ ]  Friedrich-Wilhelm-von-Steuben-Gesamtschule (46)

**Angaben der gesetzlichen Vertreter (Eltern)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kontaktdaten** | **Mutter** | **Vater** |
| Name, Vorname |  |  |
| Straße, Hausnummer |  |  |
| Postleitzahl, Wohnort  |  |  |
| Telefonnummer(für eventuelle Rückfragen) |  |  |

Haben/Werden Sie einen Antrag auf Leistungen für

Bildung und Teilhabe (BuT) gestellt/stellen? [ ]  Ja [ ]  Nein

Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelunverträglichkeit? [ ]  Ja [ ]  Nein

235.AnmTeilSchules 01 09.20

🡺 Wenn „Ja“, dann fügen Sie dieser Anmeldung eine ärztliche Bestätigung über die Art der Lebensmittelunverträglichkeit Ihres Kindes bei. Ohne Vorliegen der v. g. Bestätigung kann eine Lebensmittelunverträglichkeit nicht berücksichtigt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s (Eltern)