

# Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung

Allgemeine Angaben:

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

Mein Sohn / meine Tochter möchte ...

(bitte ankreuzen)

- bis zum Ende des **1. Schulhalbjahres**
- bis zum Ende des **2. Schulhalbjahres**
- vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

die Nachmittagsbetreuung in den folgenden Stunden **verbindlich** besuchen:

|                                 | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|---------------------------------|--------|----------|----------|------------|---------|
| 7. Stunde<br>(13.45 –<br>14.30) |        |          |          |            |         |
| 8. Stunde<br>(14.35 –<br>15.20) |        |          |          |            |         |

- Mein Sohn / meine Tochter geht vorher in die Mensa.

---

Datum, Unterschrift

Bei Fehlzeiten Ihres Kindes oder einer grundsätzlichen Änderung der Betreuungszeiten bitte ich kurzfristig um eine schriftliche Mitteilung.  
Gerne auch per E-Mail: [nadine.salzburger@asg-castrop-rauxel.de](mailto:nadine.salzburger@asg-castrop-rauxel.de)

gez. N. Salzburger