A n t r a g

**auf Fortsetzung des Betreuungsangebotes im Schuljahr**  **2019/2020**

Grundschule

Anschrift

Ansprechpartner

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Träger der Maßnahme

Anschrift

Ansprechpartner

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

## Teilnehmer/Gruppen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schüler** | **Gruppe 1** | **Gruppe 2** | **Gruppe 3** | **Gruppe 4** |
| 1./2. Schuljahr |  |  |  |  |
| 3./4. Schuljahr |  |  |  |  |
| **Schüler gesamt** |  |  |  |  |
| wöchentl.  Betreuungszeit |  |  |  |  |

**Von Ganztagsschulen bitte unbedingt auszufüllen:**

**In den o. g. Gruppen sind** **Ganztagsschüler enthalten, welche am unterrichtsfreien Nachmittag der GTS mit betreut werden.**

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf das

**IBAN:**

**BIC:**

**Bankname:**

Bestätigung der pädagogischen Eignung und die Erklärung über die gesundheitlichen Anforderung und Mitwirkungspflichten nach § 34 IfSG liegen vor/werden nachgeholt.

**Alle Regelungen in den Hinweisen zur Einrichtung von Betreuungsangeboten an Grundschulen werden beachtet und umgesetzt.**

# Für Ganztagsschulen

Ich versichere, dass das Betreuungsangebot im Rahmen der Betreuenden Grundschule außerhalb des Ganztagsangebotes besteht.

Datum Unterschrift