



Halbtageschüler HTS

Aufnahmeantrag / **Änderung**
für die ergänzende Betreuung nach §4SchG an der Silcherschule GS

PPSG Paritätische Pflege- und
Sozialdienste gemeinnützige GmbH
Happelstraße 17a
74074 Heilbronn
Büro: 07131 - 6 49 39 20
Betreuung: 07131 - 56 24 01
Fax: 07131 - 6 49 39 39

E-Mail: silcherclub@silcherschule-heilbronn.de

www.paritaet-hn.de

Name, Vorname (Kind)	Klasse	Schuljahr 2020/21
----------------------	--------	-----------------------------

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten	
Anschrift	
Telefon / Mobil	e-mail Adresse

Abgabe nur über den Träger

Silcherclub

Eingang PPSG / Stempel

§ Betreuungsplan *die Kosten für Betreuung werden monatlich berechnet

	Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Kosten
Früh (F)	07:00-07:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10,00€
Morgen (M)	07:30-08:30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20,00€
Mittag (L)	12:10-14:10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40,00€
							_____ €

§ Mittagessen *die Kosten für Essen werden wöchentlich berechnet

Mittagessen	pro Tag 3,50 €	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	_____ €*
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

-----HTS Planungsinfo Schule -----

§ Entgeltbefreiung (*nur vom Träger auszufüllen)

Betreuung und Essen kostenfrei bei Vorlage eines gültigen Leistungsnachweis nach: SGBII <input type="checkbox"/> / WoG <input type="checkbox"/> / KiZ <input type="checkbox"/> / SGBXII <input type="checkbox"/> / AsylbLG <input type="checkbox"/>	vorgelegt am: _____ *
--	-----------------------

§ Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre(n) ich/wir, dass

Ich/wir die AGBs (Vertragsbedingungen) anerkenne(n). Ich/wir die Hausordnung der Silcherschule anerkenne(n).
Ich/wir Änderungen zum Wohnsitz, Telefonnummer und Bankverbindung unverzüglich mitteile(n).

Ich bestätige hiermit, dass ich alleine sorgeberechtigt bin.

Heilbronn, den _____

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

§ Aufnahmebestätigung

Betreuungsbeginn ab:	Aufnahme bestätigt:	Datum/Stempel/ Träger
----------------------	---------------------	-----------------------

