



Voranmeldung für einen Betreuungsplatz OGS Falkenfeld

(nicht verbindlich)

Name des Kindes: _____

geboren am: _____

Namen der

Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

E-Mail: _____

Betreuungsplatz ab: _____

Gewünschter Betreuungszeitraum? (Bitte ankreuzen)

☐ Soziale Leistungen

☐ Geschwisterermäßigung

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
5 Tage / 7-8 Uhr (20 € / Monat)					
3 Tage / 7-8 Uhr (12 € / Monat)					
5 Tage / 12-14 Uhr (70 € / Monat)					
5 Tage / 12-15 Uhr (100 € / Monat)					
5 Tage / 12-16 Uhr (120 € / Monat)					
3 Tage / 12-16 Uhr (70 € / Monat)					

(Die Elternbeiträge werden von der Stadt Lübeck vorgegeben.)

Ort, Datum

Unterschrift