**Grundschule Hallermund** | Hindenburgallee 2 | 31832 Springe/Eldagsen | Telefon 05044-618 | Fax 05044-880631 | gs.hallermund@gmx.de

**Betreuung ab Schuljahr**

 **bis auf Widerruf!**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name, Vorname des Kindes (in Druckschrift) Klasse**

**Unser Kind soll ab Schuljahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**○ an der täglichen Betreuung (1.u.2.Kl.) von 11:45 Uhr bis 12:30 Uhr teilnehmen,**

**○ täglich an der Ganztagsbetreuung von 12:30 Uhr bis 15:00 Uhr teilnehmen,**

**○ tageweise an der Ganztagsbetreuung teilnehmen**

 **○ Mo., ○ Die., ○ Mi., ○ Do., ○ Fr. (bitte ankreuzen)**

**○ nach der Ganztagsbetreuung bis 15:00 Uhr von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr in den Hort gehen**

 **○ nicht betreut werden.**

**Soll Ihr Kind an der nachschulischen Betreuung (Hort, kostenpflichtig) von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr teilnehmen, wenden Sie sich bitte an die DRK Kita Eldagsen.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten**