

# Mitteilung über die Neuaufnahme eines Kindes

Universitätsstadt Siegen  
Der Bürgermeister  
Arbeitsgruppe 5/2-2  
Weidenauer Str. 211/213  
57076 Siegen

Grundschule / Maßnahmeträger:  Albert-Schweitzer-Schule / Verein für soziale Arbeit und Kultur Südwestfalen e.V.	
Name des Kindes / der Kinder:	
Vorname des Kindes / der Kinder:	Geburtsdatum:
Name und Anschrift der / des Erziehungsberechtigten:	
Telefon-Nr.: 0174-8283106	E-Mail: OGS.Albert.Schweitzer@gmail.com
Aufnahmedatum:	Klasse:
<b>Betreuungsform:</b>  <input type="checkbox"/> OGS <input type="checkbox"/> andere Betreuungsformen tägl. Gesamtstunden: 5,5 Stunden <input type="checkbox"/> andere Betreuungsformen Tagesticket, tägl. Gesamtstunden und Anzahl Nachmittage: <input type="checkbox"/> 5,5 Stunden + 1 Nachmittag <input type="checkbox"/> 5,5 Stunden + 2 Nachmittage	
Weitere Geschwisterkind/er (Name und Kindergarten / Kindertagespflegeperson): 1  2  3	
(Ort/Datum)	(Unterschrift MA Grundschule / Maßnahmeträger)
(Ort/Datum)	(Unterschrift Kostenbeitragspflichtige)