



Geschwister-Scholl-Schule Einbeck

Ganztagschule/Schulkindergarten



Wir lernen ALLE gemeinsam!



Name, Vorname d. Kindes: _____

Klasse: _____

Anmeldung Ganztag, Schuljahr 2024/2025 1.Halbjahr - Schulkindergarten

Mein Kind geht:

bitte zutreffendes ankreuzen

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/> nach der 3.Std um 11.30 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 3.Std um 11.30 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 3.Std um 11.30 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 3.Std um 11.30 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 3.Std um 11.30 Uhr
<input type="checkbox"/> nach der 4.Std um 12.40 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 4.Std um 12.40 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 4.Std um 12.40 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 4.Std um 12.40 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der 4.Std um 12.40 Uhr
<input type="checkbox"/> nach dem Mittagessen und der Hausaufgabenbetreuung um 14.45 Uhr*	<input type="checkbox"/> nach dem Mittagessen und der Hausaufgabenbetreuung um 14.45 Uhr*	<input type="checkbox"/> nach dem Mittagessen und der Hausaufgabenbetreuung um 14.45 Uhr*	<input type="checkbox"/> nach dem Mittagessen und der Hausaufgabenbetreuung um 14.45 Uhr	
<input type="checkbox"/> nach der AG um 15.45 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der AG um 15.45 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der AG um 15.45 Uhr	<input type="checkbox"/> nach der AG um 15.45 Uhr	

*Um 14.45 Uhr gibt es keine Bus-/Taxibeförderung. Sie müssen Ihr Kind am Haupteingang abholen.

Diese Anmeldung ist für ein Halbjahr verbindlich!

Ort, Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten