



BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Schulisches Lern- und Förderzentrum der Kaiserswerther Diakonie,
Alte Landstraße 179, 40489 Düsseldorf, Tel. 0174 167 51 05
Betreuungsort: Jugendzentrum Teestube,
Alte Landstraße 179 I, 40489 Düsseldorf

- Anmeldung für die Hausaufgabenbetreuung zum _____
- Montag von _____ bis _____
 - Dienstag von _____ bis _____
 - Mittwoch von _____ bis _____
 - Donnerstag von _____ bis _____
 - Freitag von _____ bis _____
- Mittagessen: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Schülerin / Schüler

Vorname / Name	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Handy	
Schule/Klasse	

Mutter

ALLEINERZIEHEND
Ja Nein

GEMEINSAMES SORGERECHT
Ja Nein

Vorname / Name	
Postleitzahl / Wohnort	
Straße	
Telefon / Fax privat	
Telefon / Fax beruflich	
Handy	
E-Mail Adresse	

Vater

ALLEINERZIEHEND
Ja Nein

GEMEINSAMES SORGERECHT
Ja Nein

Vorname / Name	
Postleitzahl / Wohnort	
Straße	
Telefon / Fax privat	
Telefon / Fax beruflich	
Handy	
E-Mail Adresse	

Ein Geschwisterkind besucht ebenfalls die Hausaufgabenbetreuung des Schulischen Lern- und Förderzentrums: Nein Ja Name: _____

Datum, Unterschrift