

Angaben der älteren Schulkinder in anerkannten Betreuungsverhältnissen:

Geschwisterkind 1	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule für den auf Seite 1 genannte Zeitraum: Das o.g. Kind wird betreut in der Offenen Ganztagschule / im anerkannten Schülerclub an mindestens 3 Tagen pro Woche für mindestens € 70,00 monatliches Betreuungsentgelt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Geschwisterkind 2	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule für den auf Seite 1 genannten Zeitraum: Das o.g. Kind wird betreut in der Offenen Ganztagschule / im anerkannten Schülerclub an mindestens 3 Tagen pro Woche für mindestens € 70,00 monatliches Betreuungsentgelt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Geschwisterkind 3	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Träger der Offenen Ganztagschule:	
Betreuungsbeginn:	
Bestätigung des Trägers der Offenen Ganztagschule für den auf Seite 1 genannten Zeitraum: Das o.g. Kind wird betreut in der Offenen Ganztagschule / im anerkannten Schülerclub an mindestens 3 Tagen pro Woche für mindestens € 70,00 monatliches Betreuungsentgelt.	
Lübeck, _____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Trägers der Offenen Ganztagschule

Informationen zum Datenschutz:

Wir kommen unserer Informationspflicht nach Artikel 12 der Datenschutzgrundverordnung nach. Bitte informieren Sie sich im Internet unter www.bekanntmachungen.luebeck.de/dokumente/d/1665

Sollte Ihnen kein Internetzugang zur Verfügung stehen, sind wir gerne bereit, Ihnen das Informationsblatt auf anderem Weg zukommen zu lassen.

Erklärung:

Ich / wir versichere(n) pflichtgemäß mit meiner / unserer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Ich / wir verpflichte(n) mich / uns, die Schule unverzüglich über Änderungen des Betreuungsverhältnisses bzw. Wegfall der Betreuung des / der Geschwisterkinds / r zu informieren. Veränderungen meiner / unserer persönlichen Verhältnisse mit Auswirkungen auf die Geschwisterermäßigung habe(n) ich / wir unverzüglich anzuzeigen. Mit meiner / unserer Unterschrift stimme(n) ich / wir zu, dass die Schule mit dem Träger der Schulkinderbetreuung für die Abrechnung der Ermäßigungsbeiträge personenrelevante Daten austauschen darf.

Lübeck, _____
Datum und Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten