



Datum: _____

Vereinbarung

Vorschulwoche vom bis

Zwischen:

Adventschule Oberhavel
-Oberschule mit Grundschulteil-

und:

Name des Kindes: _____

Name der Eltern: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mein Kind braucht während der Vorschulwoche Hortbetreuung?
(bitte zutreffendes ankreuzen)

Von 14.30 Uhr – 16.00 Uhr von 14.30 Uhr – 17.00 Uhr

Besonderheiten beim Essen:

- Veganer
- Lebensmittelallergie _____

Medikamente oder sonstige gesundheitliche Besonderheiten:

Vorschulwoche Vereinbarung:

Unser Kind wird für den o.a. Zeitraum an der Adventschule Oberhavel an der Vorschulwoche teilnehmen. In dieser Zeit fällt **kein** Schulgeld, Essensgeld oder Hortgeld an.

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

Unterschrift/Stempel Schule