**Abmeldung/Änderung der Tage**

**vom Besuch der ganztägigen Schulform (getrennte Abfolge)**

1. **Name und Adresse eines Erziehungsberechtigten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname Mutter oder Vater |       |
| Familienname Mutter oder Vater |       |
| Straße und Hausnr. |       |
| PLZ |       | Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |

1. **Vor- und Zuname des Kindes:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname |       |
| Familienname |       |

1. **Abmeldung/Änderung der Tage vom Besuch der ganztägigen Schulform:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Schule |       |
| Schuljahr | **2024/2025** | Schulklasse |       |
| Abmeldung mit 31. Jänner 2025 | Ja [ ]  Nein [ ]  | Änderung der Tage ab 1. Februar 2025 | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Ich möchte die Tage wie folgt ändern | Montag | Ja [ ]  Nein [ ]  | Donnerstag | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Dienstag | Ja [ ]  Nein [ ]  | Freitag | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Mittwoch | Ja [ ]  Nein [ ]  | Tage gesamt ab Februar |       |

1. **Die Schulleitung bestätigt die Richtigkeit der Abmeldung/Änderung der Tage:**

Kapfenberg,

 Datum Stempel und Unterschrift der Schulleitung

Kapfenberg,

 Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Wichtiger Hinweis!**

Dieses Formular muss bis 15. Jänner 2025 persönlich oder per Mail an die Abteilung Schule, Jugend und Kultur weitergeleitet werden. Sollte das Schreiben später einlangen, kann keine Änderung mehr bis zum Ende des Schuljahres erfolgen. **Datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie auf der Anmeldung!**