



**SCHULE AM
DIEBSTURM**

Schulstraße 6 ♦ 35305 Grünberg ♦ Grundschule des Landkreises Gießen mit Ganztagsangebot (Pakt für den Ganztag)
Tel. 06401-6579 ♦ Fax: 06401-21472 ♦ E-Mail: poststelle3735@schule.hessen.de
Tel. Ganztag: 01515-3978140, E-Mail: ganztag@schule-am-diebsturm.de

GANZTAGSANGEBOT 2026/2027

Anmeldefrist:
01. Juni 2026

ANGABEN ZUM SCHÜLER (Bitte komplett ausfüllen!)

Nachname: _____ Vorname: _____ Klasse: _____
Geburts-
datum: ____ . ____ . ____ Adresse: _____
Mobil (Mutter): _____ Mobil (Vater): _____ Festnetz: _____
Notfallnummer: _____
Name der Eltern/Sorgeberechtigten: _____
weitere Abholberechtigte: _____
evtl. gesundheitliche Beeinträchtigungen: _____

Die schriftlichen Rahmenbedingungen zur Anmeldung im Ganztagsangebot habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
Eine Ausfertigung des Betreuungsvertrags – soweit er noch nicht abgeschlossen wurde - bekomme ich zugeschickt.

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

von der Schule auszufüllen			
SL		GTV	
WJ		BV	
BuT			



Nachname: _____ Vorname: _____ Klasse: _____ (ab Aug. 2026)

➤ FRÜHBETREUUNG	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Frühbetreuungsbedarf	☐ ab 7:00 Uhr	☐ ab 7:00 Uhr	☐ ab 7:00 Uhr	☐ ab 7:00 Uhr	☐ ab 7:00 Uhr
Für Angebote A und B: Anmeldung möglich ab 7:00 Uhr	☐ ab 7:55 Uhr	☐ ab 7:55 Uhr	☐ ab 7:55 Uhr	☐ ab 7:55 Uhr	☐ ab 7:55 Uhr

➤ NACHMITTAGSBETREUUNG	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Angebot A					
Unterrichtsende – 15:00 Uhr - 60 € monatlich) Betreuungsbedarf bis	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr
Angebot B	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr	☐ 15:00 Uhr
(Unterrichtsende – 17:00 Uhr - 80 € monatlich) Betreuungsbedarf bis	☐ 17:00 Uhr	☐ 17:00 Uhr	☐ 17:00 Uhr	☐ 17:00 Uhr	☐ 17:00 Uhr

➤ MITTAGESSEN (Angaben unter Vorbehalt)					
☐ 5 Tage Monatspauschale: 65,00 €	<i>Sollte ich, entgegen der Empfehlung der Schule, mein Kind <u>nicht</u> für das warme Mittagessen anmelden, verpflichte ich mich, meinem Kind <u>täglich eine ausreichende Menge an Verpflegung mitzugeben</u>.</i>				
☐ 3 Tage Monatspauschale: 39,00 € (Bitte Tage ankreuzen!)	☐ Montag	☐ Dienstag	☐ Mittwoch	☐ Donnerstag	☐ Freitag
Welche Kost ist gewünscht?	☐ normal ☐ ohne Schweinefleisch ☐ vegetarisch ☐ fruktosefrei*) ☐ laktosefrei*)				

➤ HEIMWEG
☐ Bus ☐ Abholung ☐ selbstständig

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

*) Dieses Mittagessen kann nur mit ärztlicher Bescheinigung gewählt werden. Die Kosten für diese Speisen liegen über der regulären Monatspauschale.