
Name/n, Vorname/n Erziehungsberechtigte/r

Anschrift

Telefon tagsüber

Schulverband Auenwaldschule Böklund
über Amt Südangeln
Toft 7
24860 Böklund

KÜNDIGUNG

Ich/Wir kündige/n die Teilnahme an der/am

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Vormittagsbetreuung |
| <input type="checkbox"/> | Nachmittagsbetreuung |
| <input type="checkbox"/> | Kursangebot |
| <input type="checkbox"/> | Mittagessen |

gemäß § 6 der Benutzungssatzung für die Angebote im Rahmen der Offenen

Ganztagsschule an der Auenwaldschule Böklund für

meine/n Tochter/Sohn, _____,

Klasse _____, zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Datum

Unterschrift