

**Antrag auf Ermäßigung des Essensgeldes für Geschwisterkinder
in städtischen Kindertageseinrichtung, städtischen Grundschulen oder
Kindertageseinrichtungen mit freier Trägerschaft**

Antragsberechtigt sind Geschwisterkinder, die gleichzeitig eine städtische Kindertageseinrichtung, eine städtische Schule oder eine Kindertageseinrichtung mit freier Trägerschaft besuchen.

Angaben über die Kinder, für die die Essensgeldermäßigung beantragt wird:

	1. Kind	2. Kind
Name, Vorname:	_____	_____
Geb.-Datum:	_____	_____
Wohnort:	_____	_____
Straße, Hausnr.:	_____	_____
Besuchte Einrichtung	_____	_____
	3. Kind	4. Kind
Name, Vorname:	_____	_____
Geb.-Datum:	_____	_____
Wohnort:	_____	_____
Straße, Hausnr.:	_____	_____
Besuchte Einrichtung	_____	_____

Angaben über die Personenberechtigte/den Personenberechtigten:

Name, Vorname: _____

Wohnort: _____

Straße, Hausnr.: _____

Telefonnr.: _____

Ich/Wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung des freien Trägers:	Bestätigung der Stadtverwaltung:
_____ Datum, Unterschrift, evtl. Stempel	_____ Datum, Unterschrift