



# LIEBIGSCHULE GIEßEN

Gymnasium der Universitätsstadt Gießen

## Anmeldung zur pädagogischen Mittagsbetreuung

(Rückgabe bis spätestens 26.08.2026)

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Hiermit melde ich mein Kind: |  |
| Klasse:                      |  |

verbindlich für die Teilnahme an der pädagogischen Mittagsbetreuung der Liebigschule an den folgenden Tagen an:

|            |                     |                   |
|------------|---------------------|-------------------|
| Montag     | (13-15 Uhr möglich) | ( ) bis _____ Uhr |
| Dienstag   | (13-16 Uhr möglich) | ( ) bis _____ Uhr |
| Mittwoch   | (13-16 Uhr möglich) | ( ) bis _____ Uhr |
| Donnerstag | (13-16 Uhr möglich) | ( ) bis _____ Uhr |
| Freitag    | (13-15 Uhr möglich) | ( ) bis _____ Uhr |

Mir ist bekannt (bitte ankreuzen):

|     |                                                                                                |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) | dass das gemeinsame Mittagessen ein verbindlicher Teil der pädagogischen Mittagsbetreuung ist. |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) | dass ich der Liebigschule über das Sekretariat am <b>Vormittag bis 9.00 Uhr</b> mitteilen muss, wenn mein Kind nicht an der Mittagsbetreuung teilnehmen kann. |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|     |                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------|
| ( ) | dass ich für mein Kind ein Mittagessen wählen muss. Ich wähle |
| ( ) | Normale Kost (Essen ohne Schweinefleisch)                     |
| ( ) | Vegetarisches Essen                                           |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                          |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| ( ) | dass ich gegen Aufpreis eine Sonderkostform wählen kann (hier muss nichts angekreuzt werden, wenn Ihr Kind keine Unverträglichkeitserscheinungen besitzt).<br>Bei weiteren Unverträglichkeiten bitten wir Sie <b>persönlich</b> mit dem Caterer Kontakt aufzunehmen. |     |                          |
|     | Mein Kind besitzt eine                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) | Lactose-Intoleranz       |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) | Fructose-Intoleranz      |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) | Gluten Unverträglichkeit |

|     |                                             |
|-----|---------------------------------------------|
| ( ) | dass die Kosten monatlich abgebucht werden. |
|-----|---------------------------------------------|

|     |                                                                                                                                         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) | Die Vertragsbestimmungen sowie die Information zur Datenschutzgrundverordnung der „Gießen@Schule gGmbH“ habe ich zur Kenntnis genommen. |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Datum:              | Unterschrift: |
| Telefon im Notfall: | E-Mail:       |