

**Anmeldung zur PSYCHOMOTORIK an der Astrid-Lindgren-Schule  
zwischen dem Sozialkritischen Arbeitskreis Darmstadt e.V. als Träger  
und den Eltern / Erziehungsberechtigten**

Ansprechpartnerinnen an der ALS:  
Frau Lujza El-Btimi  
[lujza.el-btimi@ska-darmstadt.de](mailto:lujza.el-btimi@ska-darmstadt.de)  
Frau Denise Mücher  
[denise.muecher@ska-darmstadt.de](mailto:denise.muecher@ska-darmstadt.de)  
Tel.: 06151 9696394

**Eltern / Erziehungsberechtigte:**

**MUTTER**

**VATER**

Vorname: .....  
Nachname: .....  
Anschrift: .....  
Telefon privat: .....  
Telefon dienstlich: .....  
E-Mail: .....

alleinerziehend:    
berufstätig:

**Informationen für Notfälle:**

Notfall-Adresse:..... Notfall-Telefon:.....  
Kinderarzt:.....

**Das Kind:**

Vorname:..... Familienname:..... Klasse:.....  
Geburtsdatum/-ort:..... Staatsangehörigkeit:.....  
Wohnhaft in:.....

Mein Sohn / meine Tochter wird ab..... für das Schulhalbjahr..... wie folgt zur Psychomotorik an der **Astrid- Lindgren- Schule** angemeldet.

**Psychomotorik**

Die Psychomotorik findet donnerstags von 14 – 15 Uhr in der Turnhalle statt. Während der Ferien und sonstigen unterrichtsfreien Zeiten findet kein Angebot statt.

**Die Anmeldung ist verbindlich! Abmeldung / Kündigung nur in schriftlicher Form.**

**Kosten**

Die Psychomotorik ist kostenfrei!

**Die Eltern / Erziehungsberechtigten erhalten nach schriftlicher, unterschriebener Anmeldung ihres Kindes vom SKA e.V. diese Anmeldung in Kopie gegengezeichnet als Bestätigung.**

Ort, Datum.....  
.....  
Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte

Ort, Datum.....  
.....  
Unterschrift des Trägers