



BESTÄTIGUNG

**über die Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen in der Schule
oder Tageseinrichtung für Kinder**

Mittagessen für:

(Name, Vorname; Straße, Hausnummer, Wohnort)

Von der Schule/Anbieter der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung auszufüllen:

Name der Schule:

Name/Anschrift des Anbieters:

Die obengenannte Person besucht vom _____ bis _____ (Datum)

die Schule / Kindertageseinrichtung und nimmt im Monat (regelmäßig)

durchschnittlich an _____ Tagen am gemeinschaftlichen Mittagessen teil.

Die Gesamtkosten der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung betragen monatlich _____ €.

Beitragsfreie/r Monat/e: _____

Bankverbindung des Anbieters:

IBAN: _____

BIC: _____

Verwendungszweck: _____

Ansprechpartner des Anbieters der Mittagsverpflegung für Rückfragen:

_____ Telefon: _____

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)

Diese Abrechnung und den Gutschein bitte zurück an:

Landkreis Rastatt | Amt für Soziales, Teilhabe und Versorgung | Am Schlossplatz 5 | 76437 Rastatt

Urschriftlich zurück an:

Landratsamt Rastatt

Amt für Soziales, Teilhabe und Versorgung

Am Schlossplatz 5

76437 Rastatt