



Stadt Weiden i.d.OPf.
Amt für Soziales
Dr.-Pfleger-Straße 15
92637 Weiden

Posteingang:

**Bildung und Teilhabe – Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung
Bestätigung der Schule**

Der Schüler / Die Schülerin

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

ist an der gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung angemeldet und nimmt an
 4 Wochentagen 5 Wochentagen daran teil. Der Preis beträgt pro Tag / Monat _____ €

Name/Anschrift der Schule _____

Nur von der Schule auszufüllen, falls diese gleichzeitig Träger der Mittagsverpflegung ist!

Name der Bank _____
Konto-Nr.: _____ BLZ: _____
IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum _____ Stempel Schule _____ Unterschrift _____

Leistungserbringer / Träger für das gemeinschaftliche Mittagessen:
(Nur auszufüllen, falls abweichend von den Daten der Schule)

Name/Anschrift Leistungserbringer _____
Name der Bank: _____
Konto-Nr.: _____ BLZ: _____
IBAN: _____ BIC: _____
Telefon für Rückfragen: _____

Ort, Datum _____ Stempel Leistungserbringer / Träger _____ Unterschrift _____

Hinweis: Voraussetzung ist, dass das Mittagessen in der Verantwortung der Einrichtung (wenn die Mittagsverpflegung von der Schule zumindest befürwortet wird und sie sich deshalb organisatorisch darauf eingerichtet hat) angeboten, gemeinschaftliche ausgegeben und eingenommen wird. Belegte Brötchen und kleinere Mahlzeiten, die z. B. an Kiosken auf dem Gelände der Einrichtung verkauft werden, gehören nicht dazu. Der Eigenanteil von 1 € ist vom Antragsteller/von der Antragstellerin eigenverantwortlich zu leisten.