



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.