



GEMEINDE MITTERDORF AN DER RAAB

E-Mail: gde@mitterdorf-raab.gv.at

8181 Mitterdorf an der Raab Nr. 5, Bezirk Weiz, Telefon: 03178/5150

Anmeldung für das Schuljahr 2025/26

Nachmittagsbetreuung

Ich benötige für mein Kind _____,
Schüler/in der ____ Klasse/ der Volksschule Mitterdorf an der Raab,
im Schuljahr 2025/26 eine Nachmittagsbetreuung.

☐ regelmäßig an ____ Tagen in der Woche

Zutreffende Tage bitte einkreisen: **Mo Di Mi Do Fr**

1 NM pro Woche*	50,00 €
2 NM pro Woche*	60,00 €
3 NM pro Woche*	70,00 €
4 NM pro Woche*	80,00 €
5 NM pro Woche*	90,00 €

*Preise und Abrechnung monatlich

☐ stundenweise (3,00 €)

☐ Mittagessen pro Portion 5,80 €

Die Nachmittagsbetreuung findet ab einer Mindestanzahl von 3 gemeldeten Kindern statt.

Betreuungszeit: Mo – Do von 12:00 Uhr bis max. 16:00 Uhr

Betreuungszeit: Fr von 12:00 Uhr bis max. 15:00 Uhr

Im Notfall zu verständigen: _____
(Telefonnummer)

Datum:.....

Unterschrift:.....

Telefonnummer: 0664/834 80 75
Gemeinde: 03178/5150



GEMEINDE MITTERDORF an der RAAB

E-Mail: gde@mitterdorf-raab.gv.at

8181 Mitterdorf an der Raab Nr. 5, Bezirk Weiz, Telefon: 03178/5150

Stammdatenblatt

Nachmittagsbetreuung 2025/2026

Kind:

Familienname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Klasse: _____

Lehrerin: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Mein Kind leidet an einer Allergie: ☐ Ja ☐ Nein

Ist in der Nachmittagsbetreuung diesbezüglich etwas Besonderes zu beachten?

Ort, Datum

Unterschrift – Erziehungsberechtigte/r